DES

MÉTRORRAGIES

CHEZ LES VIERGES

(PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1907

PAR

François PALLARÈS

Ex-interne des hôpitaux d'Oran.

Né à Olette (Pyrénées-Orientales), le 29 juin 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gustave FIRMIN, MONTANE et SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, de ROUVILLE
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE, RAYMOND (✻), VIRES, VEDEL
MM. JEANBRAU, POUJOL, SOUBEIRAN, GUERIN
MM. GAGNIERE, GRYNFELTT Ed, LAPEYRE

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. de ROUVILLE, *président.*
IMBERT, *professeur.*
MM. SOUBEIRAN, *agrégé.*
LAPEYRE, *agrégé.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

PALLARÈS.

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. IMBERT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER ET ORAN

PALLARÈS.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté, au moment où cette thèse, si elle marque pour nous le début d'une vie nouvelle, en termine aussi une autre dont nous ne nous éloignons pas sans regrets, il nous est doux de donner un témoignage public de reconnaissance à tous ceux qui, au cours de nos études médicales, nous ont aidé de leurs conseils et honoré de leur bienveillante attention.

C'est d'abord notre père : nous lui devons d'être ce que nous sommes. Nous n'oublierons jamais qu'une telle dette ne peut s'acquitter. Aussi est-ce à lui que va aujourd'hui notre première pensée ; c'est à lui le premier que nous dédions ce modeste travail ;qu'il soit le gage de notre profonde affection.

Nos frères et nos sœurs nous ont toujours entouré d'une vive sollicitude Dans les moments difficiles, nous avons trouvé dans leur âme assagie l'inépuisable tendresse qui ranime les courages les plus abattus. Nous les remercions du fond de notre cœur.

Ce sont ensuite nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux. Nous sommes très touché de l'amitié dont a bien voulu nous honorer M. le professeur A. Imbert. Nous conserverons un excellent souvenir de notre passage

comme aide au service d'électrothérapie et de radiographie qu'il dirige à l'Hôpital-Suburbain. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

Que M. le professeur de Rouville, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, que notre compatriote M. le professeur Ville, que MM. les professeurs et professeurs agrégés Tédenat, Grasset, Carrieu, Forgue, Estor, Rauzier, Sarda, Granel, Bertin-Sans, Vedel, Lapeyre, Mouret, Jeanbrau, Galavielle, qui nous ont toujours aimablement accueilli dans leurs cliniques ou dans leurs laboratoires, reçoivent nos remerciements et soient assurés de notre gratitude.

M. Guérin-Valmale a mis à notre disposition, avec une bienveillance rare, une observation fort intéressante que l'on trouvera dans le cours de ce travail. Nous ne saurions oublier l'empressement qu'il a mis à nous être agréable.

Nous serons flatté si MM. les professeurs agrégés Gagnière et Soubeiran nous conservent l'amitié qu'ils nous ont toujours témoignée. Nous emportons d'eux le meilleur souvenir.

Notre internat dans les hôpitaux d'Oran nous a été d'un immense profit.

Nous remercions les docteurs Mondot, Bregeat, Gasser, Abadie, Gaudibert, Sandras, Glatard et Solal des bons conseils et des nombreuses preuves de sympathie qu'ils nous ont donnés.

Qu'il nous soit permis d'exprimer notre affection bien sincère à nos amis dévoués d'Oran et Montpellier. Point n'est besoin de mettre des noms; ceux qui ont partagé avec nous les bonnes et les mauvaises heures de notre vie d'étudiant se reconnaîtront aisément dans ces quel-

ques lignes, qu'ils voudront bien considérer comme gage de notre vieille amitié.

Nous remercions enfin M. le préfet d'Oran qui, après nous avoir autorisé à remplir, pendant six mois, les fonctions de médecin communal à Misserghin, nous a désigné, au mois de septembre dernier, pour effectuer, pendant l'absence du médecin de colonisation titulaire, l'intérim de la circonscription médicale de Pont de l'Isser.

Ces remplacements nous ont permis de trouver, à Misserghin notamment, des amis qu'il nous sera agréable de revoir bientôt.

INTRODUCTION

A six mois d'intervalle, nous avons pu observer cette année, dans les services de M. le professeur de Rouville, à l'Hôpital Suburbain, et de M. le professeur Vallois, à la Maternité, deux cas de métrorragies chez des jeunes filles vierges.

M. de Rouville curetta sa malade qui guérit parfaitement. Le curettage ne donna point le même succès chez la malade de M. Vallois.

D'autre part, pendant notre internat à l'hôpital civil d'Oran, nous avons vu une jeune fille présenter d'abondantes métrorragies, qui cédèrent au seul traitement par la quinine.

Ces résultats si différents dans des cas si identiques en apparence, nous ont donné l'idée de grouper, pour notre thèse inaugurale, les causes si complexes et si diverses des métrorragies chez les jeunes filles vierges et de rechercher le traitement qui convient le mieux à chaque cas particulier.

Nous laissons de côté dans notre étude, ou plutôt nous ne faisons que mentionner,les métrorragies — symptôme de métrite — occasionnées par manque de propreté, par blennorragie vulvaire, consécutive au contact de linges souillés par exemple, chez les toutes petites filles, et les métrorragies des nouveau-nées, qui font, dans la *Wratch Gazette*, le sujet d'un remarquable article de Joukovsky.

Pour cet auteur, les *métrorragies néonansarium* ne sont pas aussi rares qu'on l'a prétendu Sur 10.000 nouveau-nées, il les a observées 35 fois, c'est-à-dire environ 1 fois sur 300. Joukovsky élimine comme cause de ces métrorragies, la présentation du siège, qu'il n'a rencontrée qu'une fois dans les 35 cas, la naissance à l'état de mort apparente et le travail laborieux. Aucune enfant n'était née avant terme ; le poids minimum était de 3.000 grammes.

L'auteur incrimine un afflux de sang vers les organes génitaux, mais surtout les troubles digestifs dus peut-être aux modifications chimiques qui transforment le colostrum en lait.

Ces troubles en effet survenaient généralement au cinquième ou au sixième jour de la vie et précédaient toujours les métrorragies. Dans certains cas, il y avait non seulement dyspepsie, mais encore colite très nette.

En somme, Joukovsky s'élève contre l'opinion de quelques auteurs qui considèrent ces hémorragies comme de véritables règles précoces et les attribue à la congestion utérine consécutive à l'inflammation intestinale.

Nous n'aurons donc en vue, dans notre travail, que les jeunes filles adultes.

Dans un *premier chapitre*, nous nous occupons des métrorragies de cause générale :

1° Dans les maladies infectieuses et les fièvres éruptives hémorragiques ;

2° Dans les affections du cœur ;

3° Dans les affections du foie ;

4° Dans les maladies du rein ;

5° Dans le neuro-arthritisme ;

6° Dans les intoxications.

Nous étudions dans un *deuxième chapitre*, les métrorragies de cause génitale locale :

1° D'origine ovarienne (hyperovarie, kystes, etc.) ;

2° D'origine utérine (déviations, lésions et tumeurs de l'organe, etc.).

Nous nous efforçons par des observations personnelle, inédites ou recueillies pendant nos recherches bibliographiques, de justifier nos dires.

Le *troisième chapitre* est consacré au traitement.

Nous donnons enfin nos conclusions.

DES

MÉTRORRAGIES

CHEZ LES VIERGES

(PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT)

CHAPITRE PREMIER

DES MÉTRORRAGIES DE CAUSE GÉNÉRALE CHEZ LES VIERGES

A. — Maladies infectieuses et fièvres éruptives hémorragiques

L'altération du sang détermine du côté de la muqueuse utérine des hémorragies semblables à celles que l'on observe sur les autres muqueuses.

Dans nombre de *maladies infectieuses*, ce sont le plus souvent des états congestifs qui se traduisent par des *ménorragies ou des métrorragies*, mais il est rare que les troubles circulatoires durent plus de deux ou trois mois, plus rare encore qu'ils aboutissent à une véritable inflammation. Il est probable qu'en pareille circonstance, c'est par les toxines de la maladie infectieuse que l'utérus doit être influencé.

Comment se présentent ces métrorragies dans la *fièvre typhoïde*, qui est surtout une maladie de la jeunesse et de l'âge adulte ?

Tantôt on voit, vers la fin de la maladie, survenir une « épistaxis utérine » (Gübler), perte abondante, suivie d'une défervescence fébrile rapide et d'une amélioration progressive de tous les symptômes. Cette apparition est de bon augure.

Tantôt ces métrorragies surviennent chez des malades en état de profonde adynamie et coïncident avec d'autres hémorragies, intestinales par exemple. Dans ce cas, le pronostic est sombre, car même si leur abondance et leur ténacité ne suffisent pas à menacer la vie de la malade, elles témoignent de la haute gravité de l'infection générale, dont elles sont un symptôme.

Tantôt enfin, elles apparaissent à la convalescence, comme le témoigne l'observation que nous a communiquée M. le professeur agrégé Guérin-Valmale.

Ces métrorragies reconnaissent donc comme cause déterminante des hyperhémies résultant de l'action sur les centres vaso-moteurs des substances toxiques sécrétées par les agents infectieux ou fabriquées par l'organisme lui-même.

Toutefois il est bon de faire remarquer que l'on a trouvé le bacille d'Eberth dans certaines salpingo-ovarites.

Observation Première

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Guérin-Valmale).

Métrite hémorragique post-typhoïdique chez une vierge ; anémie grave ; curettage ; guérison

Le 9 octobre 1898, j'étais appelé auprès d'une fille de dix-sept ans, qui depuis quelques jours, présentait une fièvre assez élevée.

Grande, assez maigre, très pâle, cette jeune fille jouissait habituellement d'une assez bonne santé ; depuis plusieurs années, elle exerçait la profession de couturière ; elle avait été réglée à quatorze ans et jusqu'alors d'une façon assez normale bien qu'un peu abondante.

Lors de mon premier examen, elle avait depuis plusieurs jours de la céphalée intense, une fièvre oscillant entre 38 et 40° et un pouls un peu rapide. En outre, elle présentait un écoulement sanglant vaginal qui, bien qu'advenu à l'époque des règles, paraissait anormal par son abondance.

Durant une vingtaine de jours, j'assistai avec le médecin ordinaire de la famille, à l'évolution d'une fièvre typhoïde typique. Les divers appareils étaient en bon état et tout se passa régulièrement. Seul, l'appareil génital fit exception, car l'écoulement menstruel excessif, signalé plus haut, dura pendant une quinzaine de jours, malgré les divers médicaments internes donnés pour essayer d'en produire l'arrêt. La fièvre cessa complètement le 27 octobre, mais le 2 novembre, une rechute se produisit qui (sans arriver jusqu'à la température de 41° comme à la première atteinte) donna une fièvre oscillant régulièrement entre 37°8 et 39°, et produisit un retour prolongé de l'écoulement ménorragique et une fatigue du cœur parfois fort inquiétante.

Le 11 décembre, cette rechute était terminée et la convalescence commençait.

Depuis lors, à chaque époque menstruelle, la jeune fille présentait un écoulement abondant et prolongé. Il ne durait pas moins de sept à huit jours et parfois allait jusqu'à douze et quinze jours. Il en résultait une anémie très accentuée.

Le 21 juillet 1899, se produisait ainsi une hémorragie plus abondante encore que d'ordinaire ; la malade garda le lit (injections chaudes, hydrastis, ergotine, hamamelis, etc...); après quatre à cinq jours, la perte cesse, la malade se lève un peu. Le 28, nouvelle hémorragie, puis le 9 août, puis le 12 août, et ainsi la perte d'abord abondante, diminue peu à peu au lit pour reparaître au moindre effort ou au premier lever.

Le 14 août, la jeune fille est tellement pâle, jaune et affaiblie que la famille consent, bien que la malade soit vierge, à me laisser pratiquer un examen génital. Celui-ci ne me révèle rien : la vulve est normale, l'hymen intact ; le vagin étroit contient du sang et des caillots ; le col petit et conique est un peu entr'ouvert ; le corps utérin, de volume normal, est en antéversion correcte ; les culs-de-sac sont normaux et les annexes inaccessibles. Rien n'est douloureux, mais mon examen détermine une recrudescence de

la perte, et avec précaution, je pratique un bon tamponnement vaginal. L'écoulement s'arrête ; j'enlève le tampon quarante-huit heures après, la perte est réduite à un léger suintement, mais elle reprend le 19 et le 20 août.

Devant l'échec de toute thérapeutique interne, l'affaiblissement progressif, l'anémie extrême de la malade, je propose un curettage que la famille refuse.

Le 10 février 1903, c'est-à-dire trois ans et demi après, la mère de la malade que je n'avais plus revue, vient chez moi et m'expose que depuis ma dernière visite l'état de sa fille est resté à peu près identique. Elle a reçu les soins de plusieurs confrères et d'un de nos maîtres en chirurgie, mais les améliorations obtenues ont été très peu durables et l'état d'anémie est toujours aussi marqué, entretenu par des hémorragies utérines plus ou moins abondantes, mais surtout traînaillantes qui surviennent sans raison.

On me prie, puisque j'ai le premier parlé de curettage, de vouloir bien le pratiquer.

Après examen sérieux de la jeune fille qui est depuis plusieurs jours en pleine hémorragie, je pratique un curettage utérin le 13 février 1903. Jusqu'au 18 mars, je fis une série de pansements intra-utérins à la teinture d'iode tous les deux ou trois jours ; enfin le 3 avril, je fis à la jeune malade ma dernière visite.

Depuis lors, la jeune fille a toujours été normalement réglée durant trois ou quatre jours chaque fois et avec une médiocre abondance ; elle n'a jamais eu d'hémorragie anormale et son état général s'est fortement amélioré.

Il y a quelques jours à peine (2 juillet 1907), sa sœur m'en donnait les meilleures nouvelles.

En somme, le curettage détermine une guérison parfaite.

Dans presque toutes les maladies infectieuses et les *fièvres éruptives hémorragiques*, on note des manifestations du côté de l'utérus. Ce sont la *variole*, l'*érysipèle*, le *rhumatisme articulaire aigu*, la *grippe*, — qui d'après Burner, Meyer, Gottschalk et Müller, peut provoquer sur l'utérus des lésions variées, telles que hémorragies interstitielles, métrorragies,

endo et paramétrite ; — la *syphilis*, cette maladie sclérogène par excellence qui paraît agir sur l'organisme en viciant le sang et par suite toute la nutrition. Elle agit par prédilection sur l'appareil circulatoire. Les artérites syphilitiques, si fréquentes, produisent de grandes perturbations organiques dont l'utérus souffre à l'instar des autres organes : le *scorbut*, le *purpura hémorragique*, la *leucocythémie*, la *scarlatine*, — surtout la néphrite scarlatineuse, sur laquelle nous insisterons dans un prochain chapitre : — la *rougeole*, la *maladie de Basedow* (Sänger, Kleinwachter), le *diabète sucré ou insipide* (Pozzi, Hoffmeier), le *myxœdème*, l'*hémophilie*, l'*ictère acholurique* (Gilbert), le *typhus*, la *dysenterie*, le *choléra*, etc., etc...

La *tuberculose* elle-même (docteur Papillon, Congrès international de médecine, Paris 1900), « se manifeste parfois par l'affolement fonctionnel de tout ou partie du système musculaire à fibres lisses, qui est l'agent exécutif de la vie végétative, comme le système strié est celui de la vie de relation ».

Les troubles de la menstruation sont aussi en rapport étroit avec le degré de *chlorose*. Lorsque celle-ci est très prononcée, les règles se suppriment complètement ; lorsqu'elle est d'une moyenne intensité ou légère, les règles persistent en diminuant plus ou moins notablement sous le rapport de la durée et surtout sous le rapport de la quantité. Une des premières constatations de la guérison consiste par contre dans le retour ou dans l'augmentation d'abondance des règles. Selon Trousseau (Clin. médic. de l'Hôtel-Dieu, tome III, 1877), les règles ne seraient pas toujours diminuées ou supprimées : le flux menstruel pourrait quelquefois prendre une abondance excessive et d'autant plus grande que la maladie ferait plus de progrès. Ce serait une *chlorose ménorragique*. Hayem pense que les faits de cet ordre ne relèvent pas de la chlo-

rose, mais s'expliquent par la coexistence avec cette maladie de lésions internes.

Le *paludisme* doit figurer en bonne place dans la pathogénie des hémorragies utérines. Pendant notre internat à Oran, nous avons fait, à propos de la malade qui fait le sujet de l'observation II, quelques recherches que nous résumons.

Burdel, de Vierzon, a fait le premier mention des troubles utérins d'origine palustre en 1858. Dupuy, en 1879, et Dusault, en 1881, ont traité de cette question dans leur thèse inaugurale. Bonfils, en 1885, Lardier, en 1888 (*Bulletin médical des Vosges*), Charles Moulon, en 1898 (thèse de Paris) ont apporté de très judicieuses considérations.

En dehors d'un traumatisme utérin ou d'un traumatisme obstétrical, dont nous n'avons pas à parler ici, notre étude n'étant consacrée qu'aux seules jeunes filles, les hémorragies utérines d'origine paludéenne peuvent survenir dans les conditions suivantes :

Tantôt elles sont liées à des accès fébriles nets pour disparaître avec eux et reparaître à l'accès suivant.

Tantôt elles constituent un accident isolé sans rien qui les annonce ou les explique, sauf le paludisme antérieur. Il s'agit alors d'une véritable fièvre larvée. Dans ce cas, la métrorragie peut prêter à la confusion avec la métrite chronique, et cette confusion est parfois d'autant plus facile que les malades elles-mêmes ignorent leurs antécédents malariques, parce qu'elles les ont méconnus. Le médecin lui-même ne trouve d'ailleurs pas dans les fièvres larvées de symptôme manifestement révélateur ; ces métrorragies surviennent d'habitude la nuit et se reproduisent d'une façon périodique et assez régulière. Elles s'accompagnent quelquefois de malaises, d'élévation de la température (quelques dixièmes à peine), de tuméfaction de la rate. Ce sont bien là des fièvres larvées au même titre que certaines épistaxis, certaines hé-

moptysies dues à l'hématozoaire. Le traitement par la quinine vient confirmer le diagnostic.

Observation II

(Personnelle)

Métrorragies d'origine paludéenne chez une vierge

Carmen B..., agée de 17 ans, de La Sénia, entre à l'Hôpital Civil d'Oran le 20 juin 1906, pavillon IV, service de M. le docteur Mondot pour métrorragies.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant. Il n'en est pas de même des antécédents personnels : la malade, qui habite un village à proximité de marais, est fréquemment sujette à des accès de paludisme, accès tenaces et assez graves se produisant depuis plusieurs années déjà.

Réglée à treize ans et demi, la jeune fille a eu toujours des menstrues régulières et d'abondance médiocre.

Son état général laisse à désirer : teint anémié, muqueuses décolorées.

Le foie et la rate sont légèrement augmentés de volume.

Les hémorragies, qui ont commencé fin mai, ne se produisent, chose remarquable, que la nuit : elles durent de dix à onze heures du soir à quatre ou cinq heures du matin.

L'examen de l'utérus, par le toucher rectal, ne révèle rien d'anormal : l'organe est mobile, pas douloureux, les culs-de-sac sont libres.

Pour parer au plus pressé, nous faisons une piqure d'ergotine Yvon et prescrivons des injections très chaudes.

Le 21 juin, nous trouvons la malade dans le même état que la veille. Les métrorragies ont été abondantes pendant la nuit.

Même traitement avec en plus la potion suivante :

Ergotine 5 grammes.
Teinture de digitale 2 grammes.
Sirop de morphine 30.
Eau distillée 200.

(A prendre par cuillerées à soupe toutes les heures).

Le 22 juin notre jeune malade a un accès de paludisme. Les hémorragies n'ont pas du tout diminué durant la nuit, ce qui commence à nous inquiéter.

Au traitement déjà institué, nous ajoutons un gramme de sulfate de quinine à prendre en deux fois.

Le 25 juin. — A cette date, notre malade a absorbé environ 4 grammes de quinine, elle nous déclare se trouver mieux et perdre moins. C'est sous cette influence bienfaisante de ce médicament que nous pensons alors à une métrorragie d'origine paludéenne. Les injections et les potions d'ergotine sont remplacées par des injections de 0.50 centig. de chlorhydrate de quinine et par le fébrifuge suivant :

Sulfate de quinine }
Tartrate ferrico-potassique } ââ 5 gr.
Acide tartrique }
Sirop d'écorces oranges amères, 120 gr.

(Pour six jours).

Le 3 juillet, la malade se lève et deux jours après nous déclare vouloir quitter l'hôpital.

Nous lui conseillons de prendre chez elle quatre jours par semaine 0,25 ou 0,30 centig. de sulfate de quinine à titre préventif contre une rechute possible.

Sur notre demande, notre excellent ami le docteur Douffiagues, de Sidi-Chami, a revu la jeune fille en mai dernier. Les métrorragies n'ont plus reparu.

Observation III

(Empruntée à Lardier (*Bulletin Médical des Vosges*, 1888

Fièvre intermittente. — Phénomènes utérins concomitants

Mlle B..., âgée de 22 ans, d'une constitution assez grêle, d'un tempérament nerveux très accentué est atteinte depuis plusieurs jours d'accès de fièvre, survenant tous les soirs vers 4 heures et caractérisés par les trois stades réglementaires. Elle présente en même temps et pendant les heures d'accès, des phénomènes fibrinévralgiques de l'isthme du gosier.

Cette malade est généralement bien réglée, bien que le flux menstruel soit d'habitude peu abondant. Après le quatrième accès fébrile, les menstrues apparaissent, devançant d'une huitaine de jours l'époque ordinaire physiologique.

L'écoulement menstruel fut cette fois beaucoup plus abondant, beaucoup plus persistant.

Chez une jeune fille « ordinairement bien réglée » ce symptôme est à noter, d'autant plus, que l'on ne peut invoquer ici aucune autre cause ayant pu amener un retour prématuré des règles. Je prescrivis le sulfate de quinine à doses progressivement décroissantes et au bout de peu de jours les symptômes fébriles disparaissent. Depuis cette époque, Mlle B..., n'a plus éprouvé de troubles du côté des fonctions utérines.

Observation IV

(Lardier)

Intoxication paludique. — Névralgie sus-orbitaire. — Epistaxis utérine

Mlle K.... âgée de 25 ans, ayant toujours habité Rambervillers, n'avait jamais été malade. Au commencement d'août 1877, elle se fixa dans un écart du village de Jeanmenil, dont le bas-fond est marécageux et qui presque toujours est enveloppé d'un brouillard fébrigène. Je suis appelé auprès de cette jeune fille 15 jours après son départ de Rambervillers. A ce moment, la malade présente une névralgie sus-orbitaire gauche s'étendant à la région occipitale du même côté à exacerbation vespérienne.

C'est vers le soir, à 5 heures, que depuis deux jours la malade est prise de frissons assez vifs d'une heure de durée et suivis de chaleur et de sueur.

Le 29 août. — Nouveaux accidents viennent d'éclater. Rappelons d'abord que Mlle K... a toujours été bien réglée ; il y a 13 jours que la période menstruelle a reparu à son époque habituelle et a suivi des phases ordinaires ; trois jours après la terminaison des menstrues survient un nouvel écoulement sanguin plus sévère que le premier. On prescrit 0,60 de sulfate de qui-

nine, pris de midi à 2 heures ; au bout de trois jours, tous les accidents cités plus haut, voire même la métrorragie, avaient disparu, et la malade, contre mon avis, a cessé le traitement.

1er septembre. — Depuis 4 jours, les phénomènes observés et relatés ont reparu, les accès de fièvre se sont reproduits, de plus l'hémorragie utérine s'est encore accentuée et la malade perd de gros caillots. Douleur au côté gauche.

Traitement. — 0,60 de sulfate de quinine pris à midi. Vin de quinine à la dose de 6 cuillerées à soupe par jour. Résultat parfait.

Tous les accidents se dissipent en peu de jours. Mais le traitement fut, par crainte de récidive, continué à doses faibles pendant quelque temps.

B. — Des métrorragies chez les jeunes filles et les maladies de cœur

Les maladies du cœur ont une grande influence sur les fonctions utérines. La matrice, dit Duroziez, est soumise au cœur aussi bien qu'à l'ovaire. Ce fait, observé depuis longtemps, a été différemment décrit par certains auteurs. On peut cependant résumer ainsi les travaux de Gaillard, Germain Sée, Hardy, Peter, Duroziez, Merclin, Dalché, Vallon, etc., sur cette question :

Les métrorragies, rares chez les aortiques, sont fréquentes chez les mitrales. Les règles sont abondantes et prolongées au début de la maladie et sont supprimées au moment de l'asystolie. Cette anomalie trouve son explication dans la persistance ou la suppression de la fluxion physiologique menstruelle. Or, celle-ci disparaît aux approches de l'asystolie, comme dans tous les états de détérioration profonde de l'organisme, et les ménorragies cessent avec elle.

Les métrorragies sont parfois le symptôme d'un rétrécissement mitral mal connu. Dalché cite un cas d'une jeune fille

chez laquelle les métrorragies dont on ne pouvait expliquer la cause, très inquiétante, étaient le premier signe d'un rétrécissement mitral.

Vulpian, dans les Cliniques de la Charité, cite un cas où les hémorragies utérines dépendaient d'une asystolie telle que les œdèmes étaient considérables, les lèvres bleuâtres, les extrémités froides, etc...

C'est là un fait rare.

En général, les métrorragies se produisent au début de la maladie au moment où la lésion, bien compensée, se manifeste uniquement par de la gêne précordiale, des palpitations, de l'essoufflement et des vertiges.

« La fonction ovarienne, encore respectée, provoque la fluxion utérine menstruelle, qui à son tour subit le contre-coup de la gêne circulatoire, même légère : la congestion active physiologique appelle et exaspère la congestion pathologique passive : il y a un utérus cardiaque comme il y a un foie ou un rein cardiaques sans insuffisance tricuspidienne nécessaire. » (Dalché.)

Dans un organisme dont la nutrition générale n'est pas encore troublée par la maladie du cœur, les règles s'établissent et dépassent même leur durée et quantité ordinaires.

Vient alors l'asystolie, troublant la nutrition générale par ses graves complications, les fonctions de l'ovaire en ressentent l'effet : l'ovulation s'arrête ou devient insuffisante. Comme conséquence, on voit bientôt l'aménorrhée remplacer les métrorragies. Chez les aortiques, les troubles utérins se manifestent plutôt par de l'aménorrhée. Si, par hasard, des métrorragies surviennent, il faut bien chercher si l'artério-sclérose n'en est pas la cause essentielle.

L'angeiosclérose, en effet, mérite tout particulièrement d'être soulignée à côté de la cause d'origine cardiaque. Huchard a signalé les métrorragies dues à l'hypertension artérielle et

le docteur Reinicke, assistant à la clinique de Dresde, est venu appuyer la thèse de M. Huchard. Il décrit la dégénérescence scléreuse des artères utérines et leurs ramifications les plus fines, « qui deviennent incapables de se contracter et laissent s'éterniser l'écoulement menstruel ».

Observation V

(Thèse de Vérin.)

Une jeune femme de 24 ans, pâle, anémique, est sujette à des pertes fréquentes. Utérus et annexes sains. L'examen complet montre un rétrécissement mitral, suivi de rhumatisme.

La digitale fait tout disparaître.

Observation VI

(Thèse de Vérin.)

Mlle X..., âgée de 26 ans, garde-malade.

A toujours été bien portante pendant son enfance. Venue à Paris à 17 ans, elle n'avait pas encore été réglée. C'est à cette époque que la menstruation s'établit d'une façon définitive. Mais à chaque époque l'écoulement était très abondant et prenait souvent la forme de véritables pertes. Chaque période menstruelle durait 10 à 15 jours, et était annoncée par des douleurs abdominales et surtout lombaires pendant un ou deux jours.

A 18 ans survient une attaque d'asystolie, caractérisée par une dyspnée continue, très vive, une arythmie cardiaque considérable, avec petitesse du pouls, refroidissement périphérique, angoisse précordiale, assourdissement des bruits du cœur, œdème léger des malléoles, et sans albuminurie. Cette crise dura quelques jours seulement puis tout rentra dans l'ordre, mais c'est à partir de ce moment que se développent les phénomènes de dyspnée et de pal-

pitations. Quelques mois après cette crise, je constatai l'état suivant. La malade, grande, d'apparence bien constituée, présente un teint habituellement pâle, avec des bouffées de rougeur aux pommettes survenant sous l'influence de la moindre fatigue et de la moindre émotion.

Elle est facilement essoufflée lorsqu'elle court ou monte rapidement un escalier. Des palpitations se produisent facilement aussi. Le cœur est manifestement augmenté de volume, la pointe est abaissée ; le choc précordial est intense et le palper permet de constater un frémissement cataire présystolique très net.

On entend à l'auscultation, d'une façon typique, le rythme mitral, roulement, souffle présystolique, éclat du premier bruit, dédoublement du deuxième temps. Il y a fréquemment des irrégularités cardiaques. Les membres inférieurs ne sont pas œdématiés. Pas de lésions des autres organes : l'appétit est très diminué, on constate du clapotage stomacal. Les troubles menstruels décrits ci-dessus persistent tels quels ; il y a parfois dans l'intervalle des règles un peu de leucorrhée.

Depuis ce temps la malade a contracté à l'âge de 20 ans en soignant un enfant qui mourut du croup, une angine diphtérique qui fut bénigne et n'entraîna point de suites fâcheuses. A plusieurs reprises se sont développées des bronchites aiguës avec de petits foyers de congestion pulmonaire, évoluant rapidement et guérissant en une ou deux semaines.

Les symptômes cardiaques ne se sont point modifiés, mais l'essoufflement est devenu plus facile : la malade « sent son cœur ». Depuis quelque temps il y a souvent le soir un peu d'œdème malléolaire. L'appétit est toujours languissant. Le teint présente habituellement une pâleur prononcée avec des alternatives de rougeur passagère. Les troubles menstruels sont un peu moins accentués.

La malade ne présente pas de stigmates d'hystérie. Elle a fréquemment des maux de tête et des migraines. Elle a souffert plusieurs fois des névralgies intercostales.

Observation VII

(Clin. médicale de Vulpian, 1879. — *In* thèse Gueller.)

La nommée G..., Isabelle, blanchisseuse, âgée de 20 ans, entre le 5 mars 1877 à la Charité. Pas de maladies dans son enfance, pas de rhumatisme. Réglée à 15 ou 16 ans ; depuis lors toujours bien réglée.

Il y a un an, elle a été prise de névralgie intercostale pour laquelle elle entre à la Charité dans le même service. Elle eut pendant son séjour de fortes hémorragies qui durèrent 12 à 15 jours. On avait déjà constaté son état anémique avant que cette perte de sang ne l'augmentât. Pendant son séjour on aurait noté l'existence d'une affection cardiaque. Les jambes furent enflées.

Sortie au bout de 5 semaines, sans être guérie ; elle a vécu en convalescence à la campagne pendant 9 mois.

De retour à Paris, elle a recommencé à travailler le 10 février.

Depuis 15 jours, elle se sent reprise de douleurs dans le ventre et les lombes.

Le 27 février, la malade a eu une perte sanguine peu considérable ; le 2 mars elle a eu une véritable hémorragie et l'écoulement de sang dure encore, mais il est moins abondant.

Ces pertes ne résultent pas de la menstruation qui a lieu habituellement le 13 de chaque mois.

La malade dit que les pertes sont surtout abondantes lorsque les accès d'étouffement se produisent avec une grande violence.

Résultat actuel. — A l'examen on trouve à la malade une apparence assez robuste, mais elle est très pâle. Les pupilles sont dilatées et ses conjonctives anémiées. La dyspnée est extrême, la respiration est très courte, la parole brève entrecoupée, les lèvres sont bleuâtres, les extrémités sont froides. Cependant il n'y a pas de tendance à la syncope ni aux lipothymies. Elle se tient assise dans son lit, la tête toujours relevée.

A l'auscultation du cœur on entend un souffle d'une extrême netteté au premier temps avec maximum à la pointe, souffle se propageant vers l'aisselle.

Les jambes sont enflées, l'œdème qui remonte jusqu'aux genoux est considérable.

L'examen des poumons ne fait constater rien d'anormal.

Le ventre n'est pas ballonné.

Pas de diarrhée, ni de constipation, hémorragie utérine légère, le toucher vaginal n'est pas douloureux, col normal, urines normales, ni albumine, ni sucre.

Le 8 mars. — Les palpitations cardiaques ont cessé, l'hémorragie est à peine sensible.

10 mars. — Les époques viennent, elles durent 4 jours.

Le 17 mars. — La malade a quitté l'hôpital.

Elle est beaucoup mieux. L'œdème des membres inférieurs a disparu. Plus de pertes utérines.

Cette observation est intéressante parce qu'elle prouve que les métrorragies, dans cette affection, ne diffèrent ni au point de vue pathogénique, ni au point de vue thérapeutique, des métrorragies déterminées par la sténose mitrale.

Observation VIII

(Thèse de Vérin.)

Rétrécissement mitral pur et métrorragies.

Joséphine B..., 26 ans, couturière, est observée le 18 octobre 1890. Fluxion de poitrine à deux ans.

Pas de rhumatisme articulaire aigu.

Réglée à 13 ans, a toujours été bien réglée, jusqu'à il y a un an, depuis pertes continuelles. Jamais d'épistaxis, jamais d'hémoptysie, pas de souffle en arrière, mais en revanche souffle présystolique, dédoublement du deuxième bruit et ronflement diastolique. Pouls 72, petit.

C. — Métrorragies dans les maladies de foie

L'influence des maladies de foie sur l'apparition des métrorragies observée déjà par les anciens auteurs est incontestable. Il est vrai qu'elles sont rares, si rares mêmes que

Courty a mis en doute leur existence et que Bernutz s'est cru autorisé à ne pas insister sur les faits de cet ordre.

Cependant Verneuil et ses élèves se sont occupés de cette question. Bennet en a observé quelques cas ; Dalché, Siredey, Niegel Starck, Cornillon, qui ont beaucoup étudié ce sujet, admettent que les maladies du foie retentissent souvent sur l'appareil génital de la femme.

C'est principalement au cours de la lithiase biliaire que se manifestent les divers troubles de la matrice. « Si les accès sont longs et fréquents, dit Cornillon, les règles deviennent irrégulières. Ici elles avancent de huit jours, là de quinze ; parfois elles sont à peine perceptibles et se terminent en vingt-quatre heures ; d'autres fois, elles durent une semaine donnant naissance à de véritables métrorragies. Toutes ces particularités, ajoute-t-il, n'auraient rien d'extraordinaire si les organes pelviens étaient le siège d'une inflammation utérine ou d'une tumeur quelconque ; mais dans les cas où nous avons noté ces désordres de la menstruation, l'utérus était sain. »

Et pour voir apparaître cette congestion utérine, il n'est pas nécessaire que la crise de colique hépatique éclate, franche, avec tous ses symptômes. Une crise fruste ou fort atténuée retentit parfois sur la matrice tout autant que l'accès le plus violent. « Il est même des cas, dit Dalché, où l'attention est uniquement attirée du côté de l'appareil génital, tant les symptômes gardent une prédominance qui les place au premier rang de l'esprit et des préoccupations des malades. »

Dans l'ictère bénin comme dans l'ictère infectieux, l'apparition des hémorragies utérines seules ou au milieu d'autres hémorragies est presque la règle. Dans la forme bénigne, néanmoins, ces hémorragies ne présentent rien d'alarmant, tout se borne à une petite avance du flux menstruel. Il

n'en est pas de même dans les ictères graves fébriles où elles prennent la forme de métrorragies très inquiétantes.

Faut-il, pour expliquer ce retentissement des maladies de foie sur l'utérus, invoquer une action réflexe, une compression du système porte, ou, comme le prétend Albert Robin, une altération du sang ou des parois vasculaires par des toxines ? Faut-il l'expliquer par la présence dans les urines de l'uro-érythrine, pigment de l'insuffisance hépatique ? Robien ne prétend-il pas, en effet, que les femmes dont l'analyse d'urines décèle de l'uro-érythrine sont prédisposées à avoir des règles très abondantes ?

Nous n'avons pas la prétention de vouloir discuter ces diverses hypothèses. Il n'en est pas moins vrai que l'influence du foie sur l'utérus est aujourd'hui absolument établie. Et les faits viennent encore confirmer cette assertion :

Niegel Starck, en effet, rapporte un cas de cirrhose du foie où un traitement uniquement institué contre l'affection hépatique fit cesser les métrorragies. Il faut reconnaître cependant que l'état d'aménorrhée est plus fréquent que les ménorragies dans les cirrhoses, ce qui se comprend aisément si l'on songe au degré profond de dénutrition qu'occasionnent ces affections. Segond a communiqué, en 1897, à la Société de chirurgie, l'observation d'une femme atteinte de tumeur maligne du foie, qui depuis deux ans avait des métrorragies très abondantes. Tous les médecins qui avaient examiné la malade croyaient à un fibrome, et Segond lui-même avait confirmé leur diagnostic.

Observation IX

Métrorragie et ictère catarrhal (*in* thèse Gueller).

La nommée J..., âgée de 20 ans, entre le 31 juillet 1897, à la Pitié.

Cette malade qui a fréquemment des attaques d'hystérie entre à l'hôpital pour ictère.

Depuis trois semaines, elle souffre de troubles gastro-intestinaux. Il y a trois jours, à la suite d'une attaque d'hystérie elle devient jaune.

L'ictère est très foncé, le pouls ralenti.

Les urines sont riches en pigments biliaires, les matières fécales décolorées : la langue est pâteuse et blanche : il y a un peu de fièvre.

Traitement. — Calomel et scammonée.

Puberté à 14 ans. Les règles avançaient toujours chaque mois et duraient trois ou quatre jours.

Le 1er août. — La température s'élève à 38°6 le matin ; 39°4 le soir : la bouche est pâteuse, la langue blanche, l'ictère foncé.

Les règles sont revenues ce matin avec quelques douleurs dans le ventre pour la première fois.

9 août. — La température est tombée à 37°9.

La métrorragie est plus forte qu'hier.

11 août. — La température est de 37°5 : la métrorragie s'arrête dans l'après-midi.

1er septembre. — L'ictère a progressivement diminué, mais il persiste des signes d'embarras gastrique.

Le 9 septembre. — Les règles viennent avec un retard de 9 jours, coulent abondamment, renferment des caillots, sont fort douloureuses contre leur habitude, mais ne durent que deux jours et la malade sort de l'hôpital le 15 septembre.

Observation X

(Dalché.)

Métrorragies et lithiase biliaire.

La nommée D..., âgée de 26 ans, entre le 30 octobre 1896, à l'hôpital de la Pitié.

Puberté à 16 ans, toujours bien réglée, sans douleurs, les règles durent 5 jours. Pas d'enfants.

Depuis cinq mois la malade a perdu l'appétit. Après le repas, l'estomac se gonfle, et il survient de fréquentes envies de vomir. Ces malaises sont ressentis au moment des règles.

Le 15 août dernier, au moment des règles qui furent du reste normales, cette fille est prise de vives douleurs dans le côté droit, l'estomac et l'épaule gauche. Deux jours après se déclare un ictère intense, suivi de décoloration des matières fécales.

L'ictère a disparu le 23 septembre, mais les souffrances gastro-hépatiques reviennent tous les huit jours au moins.

Le 15 septembre. — Les règles font éruption, pour la première fois, elle sont précédées de fortes douleurs abdominales, contiennent beaucoup de caillots et sont fort abondantes pendant huit jours.

Le 30 septembre. — La malade entre à l'hôpital : régime lacté, teinture de boldo et benzoate de soude.

Le 6 octobre. — Les règles surviennent avec une avance de 8 jours, mais elles sont courtes et ne dépassent pas deux jours.

D. — Les métrorragies chez les jeunes filles et les maladies du rein

Si chez une jeune fille la présence dans l'urine du pigment de l'insuffisance hépatique peut faire penser à des hémorragies d'origine hépatique, la présence de l'albumine doit faire songer immédiatement à des hémorragies d'origine rénale. « J'ai devers moi, dit Ch. West, trois ou quatre cas de ma-

ladies supposées de l'utérus, dans lesquelles l'examen le plus attentif ne put faire découvrir aucune lésion locale capable d'expliquer la menstruation surabondante. Mais on constata que les urines contenaient une forte proportion d'albumine. »

Siredey cite trois cas de métrorragies chez des jeunes filles, survenues en dehors de toute lésion cardiaque ou hépatique et de toute affection génitale. Le régime lacté a fait disparaître l'albumine et les métrorragies.

Il est bien possible qu'une néphrite scarlatineuse donne lieu à des irrégularités dans la menstruation. Celles-ci se traduisent chez les jeunes filles par des douleurs dans les régions lombaires, inguinales et fémorales qui augmentent au moment de l'approche des règles et diminuent avec leur apparition. Les règles sont parfois peu abondantes chez les néphrétiques, mais les métrorragies sont encore plus fréquentes.

Déjà, en 1873, le professeur Reisz a observé une malade entrée dans son service pour une métrorragie abondante, de la faiblesse et de l'anémie. Aucune lésion du côté des organes génitaux. Mais la malade avait éprouvé des crampes aux mollets, des crises de céphalalgie, des démangeaisons, des troubles auditifs, tous les symptômes en un mot que Dieulafoy a décrits sous le nom de petits accidents de brightisme. La malade succomba. A l'autopsie : néphrite chronique. L'utérus ne présentait comme lésion organique qu'un léger épaississement de la tunique musculaire des petites artères. M. Frier, en 1885, rapporte un cas absolument analogue.

Quelle est la pathogénie de ces métrorragies ? Avec Ch. West, devons-nous en voir la cause dans l'altération du sang, qui, appauvri en matériaux albuminoïdes, s'échappe plus facilement des vaisseaux ? ou bien les toxines et les poisons, ne filtrant plus à travers les reins malades, sont-ils capables de provoquer une altération du sang et des vaisseaux et

de causer l'hémorragie. Ou bien encore devons-nous faire jouer ici, comme chez les cardiaques, un rôle à l'hypertension artérielle ?

M. Rendu admet que ces hémorragies sont dues toujours à des conditions pathogéniques complexes. Les trois hypothèses que nous émettons viennent peut-être se prêter un mutuel appui !

Observation XI

(Lancereaux. — *In* thèse Fillioux, 1885)

Il s'agit d'une jeune piqueuse ; ses règles avaient cessé il y a deux mois. A partir de ce moment, il se déclara un œdème des jambes qui se généralisa peu à peu.

Elle fut prise de pertes sanguines pour lesquelles elle est entrée à l'hôpital. On trouve les urines albumineuses. La malade est soumise à un régime approprié.

Elle sort de l'hôpital guérie de ses pertes, mais conservant son albuminurie.

Ces métrorragies presque constantes au début d'une néphrite sont remplacées à une période plus avancée par de l'aménorrhée.

E. — Métrorragies chez les neuro-arthritiques (1)

C'est ainsi que nous arrivons à une autre catégorie de malades, qui n'est certes pas la moins importante. Ce sont des jeunes filles de 17 à 18 ans, encore vierges, réglées depuis peu. Elles nous apprennent que leurs règles, survenues assez tard, se sont manifestées par une vive douleur et par leur abondance. Elles sont encore irrégulières. La malade se plaint d'un sentiment de pesanteur dans le bassin, de pléni-

(1) Nous avons fait de larges emprunts à l'excellent travail de notre ami et ancien collègue à l'Internat d'Oran, M. Cros (Th. Montpellier, 1906).

tude, de « *chaleur intérieure* » Quelquefois à une aménorrhée de plusieurs mois, pendant laquelle les phénomènes douloureux augmentent d'intensité, succèdent *des métrorragies qui inquiètent la malade par la perte de sang qu'elles occasionnent.*

Interrogées sur leurs antécédents personnels, nous apprenons que le nervosisme parcourt chez elles toutes les gammes, depuis la simple tournure de caractère, qui est triste, inquiet, bizarre, facilement irritable, jusqu'à l'hyponcondrie, la neurasthénie, l'hystérie, les psychoses graves. Migraineuses, sujettes à des fluxions articulaires fugaces, à des douleurs viscérales, à des crises de dyspepsie, elles voient tous ces troubles s'amender subitement, parfois même disparaître d'une manière soudaine quand surviennent les poussées de congestion génitale. Ce sont encore des séborrhéiques aux extrémités toujours froides, des prédisposées aux diverses lithiases, aux poussées herpétiformes, eczémateuses, prurigineuses, récidivantes, aux épistaxis, aux coryzas, aux trachéobronchites congestives...

Si nous remontons aux antécédents héréditaires, on nous dit que le père est un rhumatisant, qui présente souvent des accès de goutte ; que la mère, sujette à des migraines épouvantables, a de fortes hémorragies qui l'obligent parfois à garder le lit.

A l'examen local, nulle trace de vulvite antérieure infectieuse. L'utérus n'est pas augmenté de volume ; il conserve sa mobilité et les culs-de-sac ne présentent rien d'anormal. A la pression, cependant, des fosses iliaques droite ou gauche, on détermine une douleur légère, douleur, dit la malade, qui se manifeste parfois spontanément. Le col paraît parfaitement lisse, uni, sans érosion, sans ulcération, sans déchirure, mais il est turgescent et l'on est frappé de sa couleur rouge, indice de la congestion qu'il présente.

Le professeur Richelot a fait de ces malades un tableau magistral. « Elles se ressemblent toutes, écrit-il. Ce sont des arthritiques nerveuses... »

C'est donc au tempérament neuro-arthritique qu'il convient d'attribuer ces douleurs et ces métrorragies.

Mais ces troubles, comment nous les expliquer ? Comment donc chez la femme saine, chez laquelle « il ne reste rien, pas même la présence de microbes douteux dans la cavité utérine, pas même la possibilité de la production d'une infection par les seuls microbes normaux du vagin » (Hepp), pouvons-nous pénétrer dans son essence même le *modus faciendi*, la nature exacte de ce phénomène ? Il est évidemment très difficile de préciser le rôle que joue ce tempérament neuro-arthritique. Mais peut-on le nier ? L'arthritisme ne peut-il pas créer dans l'utérus les troubles que nous lui voyons déterminer à chaque instant dans d'autres organes ? Ne voyons-nous pas, en effet, chez cette catégorie de malades, se faire des poussées congestives du côté du foie, du poumon, du rein, poussées se traduisant à la longue par la sclérose de ces organes ?

Ces malades ne sont-ils pas fréquemment atteints de catarrhes bronchiques, stomacaux ? Ne paient-ils pas aussi leur tribut à la sclérose pulmonaire, aux cirrhoses et au mal de Bright ? Pourquoi l'utérus ferait-il exception aux autres organes ?

Beaucoup des engorgements de la matrice, disait déjà Scanzoni, en 1864, qu'on regarde comme inflammatoires, ne possèdent rien d'inflammatoire dans le sens précis du mot. Ce sont des désordres de nutrition comme on en voit se former dans d'autres organes, à la suite d'une hyperhémie veineuse de longue durée. L'arthritisme donc favorise la congestion utérine et la congestion aboutit à la sclérose. La stase permanente, les poussées fluxionnaires, qui l'exagèrent, pro-

voquent un épaississement lent et progressif du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux. Cette sclérose vasculaire, en même temps qu'elle accroît la gêne de la circulation, devient le point de départ d'une inflammation interstitielle, qui ne tarde pas à envahir la totalité de l'organe. Progressivement la dystrophie scléreuse aboutit ainsi à une augmentation de volume qui peut atteindre des dimensions considérables.

D'autre part, « de récentes expériences et observations, notamment celles de Bouchard et Charrin, ont établi l'influence vaso-dilatrice, de certains poisons bactériens, de certaines toxines dont l'action neuro-paralytique a été démontrée. Or, s'il est une vérité incontestable actuellement, c'est que les plus étroites analogies relient entre elles, au point de vue de leurs propriétés, de leurs affinités et de leur action, les toxines bactériennes et les toxines cellulaires issues de la désassimilation de nos tissus. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que l'un des effets de la lente auto-intoxication arthritique soit précisément ces perturbations soudaines et critiques dont les *hémorragies utérines* constituent un exemple et qu'on pourrait rattacher d'autre part aux crises hémorroïdaires, que nous voyons fréquentes chez les neuro-arthritiques ? »

La définition elle-même que Bouchard donne de l'arthritisme, « une dystrophie, une aberration de la nutrition par défaut d'équilibre des échanges.... avec éréthisme nerveux éréthisme circulatoire et tendances congestives » ne vient-elle pas à l'appui de notre thèse ? La cavité pelvienne possède un réseau vasculaire et un vaisseau nerveux d'une remarquable richesse. Le premier ne rend-il pas compte de la fréquence et de l'importance des hémorragies utérines, le second de l'intensité des phénomènes douloureux ?

Observation XII

(Inédite. — Recueillie dans le service de M. le professeur Baumel, clinique des maladies des enfants, par M. Gaujoux, chef de clinique.)

Hermance G..., 14 ans, vierge, entre à l'hôpital le 15 juin 1906 pour pertes abondantes et douloureuses au moment des règles.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Trois frères, un plus âgé; deux autres plus jeunes, très bien portants.

Antécédents personnels. — Coqueluche et rougeole à 4 ans. Bonne santé habituelle, la malade paraît vigoureuse mais nous dit mal digérer et ressentir depuis quelque temps des céphalées frontales, des palpitations de cœur.

Elle est facilement irascible, nerveuse par conséquent.

Réglée pour la première fois en mai 1906, les règles durèrent quinze jours et furent assez abondantes pour obliger l'enfant à rester couchée.

Au bout de douze jours, elle allait mieux, lorsque apparurent de nouvelles menstrues. Les hémorragies surviennent depuis lors tous les mois et durent une période de deux semaines. Elles sont abondantes, continues, assez peu mélangées de pertes blanches et semblent subir une recrudescence le jour quand l'enfant est debout. Elles sont douloureuses avec exacerbation nocturne. La douleur, sans localisation précise, semble cependant prédominer à la région hypogastrique. Aussi la malade a-t-elle depuis quelques jours des éblouissements fréquents, de véritables tendances à la lipothymie.

Au point de vue des divers appareils, le cœur et le poumon sont en bon état. Souffle anémique jugulaire net. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Pas de constipation, *pas de fièvre.*

Examen génital : à l'inspection, érythème assez marqué de la région vulvaire et périvulvaire. Les grandes et petites lèvres sont rouges, brillantes. L'hymen est insuffisamment perforé pour admettre l'index. Aussi fait-on le toucher rectal qui ne révèle rien de particulier et ne détermine pas de douleur hypogastrique. On ne sent pas de tumeur dure dans le Douglas. L'utérus paraît donc en place.

Traitement :

1° Arséniate de soude .... 0 gr. 10
Eau .... 200 gr.

Une cuillerée à dessert tous les matins.

2° Sirop d'hémoglobine Deschiens (une cuillerée à soupe par jour) ;

3° Injections vaginales avec une solution de permanganate à 1 p. 4.000.

Douches froides. — Régime lacto-végétarien.

Evolution. — L'enfant a été réglée une seule fois depuis son entrée dans le service. Dès l'apparition des pertes (1er juillet), on fait prendre à l'enfant un gramme d'ergotine dans un julep de 120 grammes. Les menstrues ne durent que cinq jours, moyennement abondantes et sans caillots. Les pertes blanches ont beaucoup diminué. Plus de rougeur dans la région vulvaire.

L'état général, à la date du 12 juillet, est des plus satisfaisants.

Observation XIII

(Professeur Richelot. — *In* thèse Hepp, Paris, 1899.)

Mlle Clémence B..., 20 ans, sans profession. Vierge.

C'est une fille nerveuse, sans antécédent pathologique, qui depuis deux mois souffre de leucorrhée et de douleurs dans le ventre. Réglée depuis l'âge de 16 ans, *ses règles ont toujours été très abondantes et douloureuses.*

A l'examen, tout l'appareil génital paraît normal : on ne constate que de la leucorrhée et une grande sensibilité ovarienne.

Les douleurs et les hémorragies ayant résisté à tous les traitements, le 19 février 1891, un curettage est pratiqué ; il ne décèle rien d'anormal du côté de la cavité utérine.

Résultat nul. Les douleurs et l'écoulement sanguin persistent.

Le 26 mars 1891. — Devant l'échec du curettage, M. Richelot fait une laparotomie exploratrice qui lui montre un corps utérin normal dans un péritoine sain, mais qui, par contre, fait découvrir deux ovaires polykystiques allongés. Castration bilatérale.

Suites opératoires tout à fait normales. Les douleurs de la ma

lade disparaissent presque entièrement jusqu'au mois d'août 1891. A ce moment, elles reparaissent et s'accentuent progressivement en dépit de tous les médicaments antinévralgiques. Nouvelles métrorragies que le traitement médical ne peut arrêter.

La malade et sa mère supplient M. Richelot de pratiquer une nouvelle opération.

Le 14 juin 1892. — M. Richelot fait l'hystérectomie vaginale qui est rapide, malgré l'étroitesse extrême du vagin.

Depuis ce jour, guérison parfaite, qui s'est maintenue depuis.

Observation XIV

(Hepp, th. Paris, 1899.)

Mlle B...., âgée de 19 ans, sans profession, vierge, a été réglée à 15 ans et demi irrégulièrement ; ses règles sont toujours douloureuses et accompagnées de coliques.

Depuis plus de deux ans, elle se plaint de pertes blanches assez abondantes, d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, parfois de douleurs vives.

Depuis quelques mois, à la suite d'un curettage, les règles sont devenues très abondantes et durent huit jours et plus.

Elle a été soignée par divers médecins et surtout à une clinique gynécologique du square des Arts-et-Métiers où, après lui avoir appliqué tampons, vésicatoires, pointes de feu, on lui a pratiqué, à ce qu'elle raconte, un curettage qui n'a fait qu'exagérer ses douleurs.

La santé générale paraît bonne, la malade est d'apparence vigoureuse, elle souffre pourtant de névralgies, de migraines et se plaint de mal digérer, elle présente un léger degré d'ectasie gastrique nerveuse.

Au toucher, l'hymen est intact, bien que dilaté et permet facilement l'examen ; le col est conique à orifice punctiforme, un peu congestionné. Le corps utérin, un peu volumineux, très mobile, tendant à la rétroversion, est douloureux à la pression. Rien du côté des annexes. Les pertes blanches ne sont pas purulentes, mais franchement muqueuses et filantes.

Traitement. — Injections vaginales chaudes. Bains alcalins et

douches froides. Cascara sagrada. Hydrastis au moment des règles. Régime antidyspeptique.

Au bout de deux mois de ce régime, les pertes blanches ont diminué, la douleur n'est plus continue, elle ne revient plus qu'à de courts intervalles, les règles sont moins abondantes, la digestion est facile, le nervosisme très atténué. En somme, amélioration considérable, après deux années de traitements divers inutiles.

Observation XV

(Prof. Pozzi. — *In* thèse Bouton.)

Mademoiselle P..., 15 ans, grande, fortement constituée, sans diathèse appréciable. Parents bien portants. Père a eu récemment de la sciatique. Une sœur bien portante.

Réglée pour la première fois en novembre 1884, sans douleurs. Les règles sont tellement abondantes qu'on est effrayé par l'hémorragie et que le médecin ordonne du perchlorure de fer.

Malgré ce traitement, les pertes continuent jusqu'en mai 1885, avec petite interruption de cinq à six jours en janvier.

Pas de douleurs, mais une débilitation marquée et une déchéance générale.

De mai à juillet 1885, cessation complète. Anémie.

En juillet, les pertes réapparaissent et durent quelques jours.

Elles se reproduisent à Noël 1885 et durent jusqu'en 1886.

La jeune fille est amenée à M. le docteur Pozzi au mois d'avril. Elle est très anémiée, éprouve des douleurs au coccyx (coccygodynie), réveillées par le moindre mouvement.

Pas de pesanteur dans le ventre. Pas d'autres névroses. Perte d'appétit, aspect cachectique, souffle au cœur, céphalée.

La malade étant vierge, le toucher vaginal n'a pas été proposé. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements suffisants.

Prescriptions. — Douches. Paquets composés par parties égales (0 gr. 10) de fer réduit, rhubarbe, ergot de seigle : 1 à chaque repas pendant un mois.

Amélioration de l'état général. Les pertes cessent au bout de six

semaines de traitement. En juin, la jeune fille va à la mer. A la fin de juin, apparition des règles pendant cinq jours.

Depuis lors, aménorrhée complète avec parfaite santé, aucune sensation douloureuse au moment présumé des règles.

Observation XVI

(Résumée. — Tirée de la thèse de Bouton.)

X..., 20 ans, présente des pertes abondantes et des troubles stomacaux.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 30 ans, phtisique ; mère bien portante, souffre au moment de ses règles. Deux sœurs, un frère bien portants.

La malade a eu la rougeole à 9 ans. Pas d'autre maladie. Réglée à 12 ans, de façon très irrégulière, quelquefois tous les 15 jours, parfois amémorrhée de 5 à 6 mois. Durée 8 jours. Généralement règles peu abondantes. Les dernières considérables et beaucoup plus rouges.

Depuis l'âge de 16 ans, douleurs de ventre aux époques, crampes d'estomac très violentes. Dans l'intervalle des règles, pertes blanches.

Vie assez bien réglée, mais la malade reste assise toute la journée et se sert constamment de la machine à coudre. Actuellement apparence assez robuste, fille nerveuse, impressionnable, susceptible.

Dilatation stomacale. Digestion pénible. Constipation habituelle. Rien du côté des divers appareils.

Examen. — Palper abdominal douloureux. On arrive à déprimer l'hymen et à voir le col rouge, tuméfié, pas d'ulcération. Culs-de-sacs libres.

Traitement. — Repos absolu. Toniques. Chaque jour, deux lavages de l'estomac. Grands bains tous les deux jours. Dilatation de l'hymen et du col. Traitement général. Guérison en 1 mois.

F. — Métrorragies par intoxications

A côté de l'arthritisme, toute une série de causes secondaires, mais importantes tout de même, viennent accroître et favoriser la tendance naturelle à la congestion utérine. Les unes entravent la circulation du petit bassin. Ainsi agissent les ptoses rénales, l'abaissement du foie, par torsion du plexus utéro-ovarien, le météorisme gastro-intestinal prolongé par gène de la circulation intra-abdominale, la constipation par la pression du rectum distendu sur les veines iliaques.

D'autres circonstances influent plutôt sur la circulation et provoquent l'afflux du sang du côté du bassin et des membres inférieurs. Ainsi s'explique l'influence fâcheuse de fatigues de toutes sortes, fatigues provenant de l'état social de la jeune fille. Si celles nécessitées par de dures professions, la *station debout* prolongée, et surtout *la machine à coudre à pédales* éprouvent cruellement le système général de la jeune fille du peuple ; en revanche, la danse, les bals, l'équitation, sont pour les jeunes mondaines une source fréquente de troubles au moment de l'établissement des règles.

Au point de vue pathogénique, nous devons insister sur l'importance toute spéciale que Castan attache à la *constipation*, qui se rencontre dans presque toutes les affections de ce genre et l'explication ingénieuse qu'il donne de son rôle. Pour lui, la coprostase agit non seulement d'une façon mécanique, mais encore d'une façon toxique. En effet, la coprostase produit la stagnation, dans l'organisme, de produits éminemment toxiques destinés à être éliminés : les ptomaïnes, tous les composés de la putréfaction, composés azotés, indol, phénol, scatol, etc., restent dans l'intestin un temps

plus ou moins long et une partie au moins en est absorbée, d'où production d'accidents variables : c'est la stercorémie. Pour Castan, la cause majeure des hémorragies réside dans cette intoxication.

Quoi qu'il en soit, une pareille source d'empoisonnement ne saurait être négligée dans une affection où il s'agit probablement assez souvent de troubles vaso-moteurs.

Dans une autre série de faits, l'auto-intoxication se trouve réalisée de toutes pièces, même en l'absence de toute tare organique actuelle, antérieure ou héréditaire. Ce sont les métrorragies signalées par les auteurs à la suite d'une brusque suppression des règles par le froid, une émotion, une frayeur. Le flux menstruel est pour la femme un émonctoire de premier ordre qui la débarrasse d'une foule de principes toxiques : que, pour une raison quelconque, ce flux vienne à être interrompu, les poisons non éliminés s'accumulent dans l'organisme et, par un cercle vicieux, vont produire l'hémorragie.

La même explication convient aux intoxications exogènes par l'alcool, le phosphore, toutes substances qui, par leur action toxique, entraînent une déchéance organique, qui, chez la femme, retentit sur les ovaires (analogues aux testicules masculins) ; sous l'influence de cet empoisonnement, l'utérus s'atrophie, les ovaires s'altèrent et les métrorragies répétées et plus ou moins abondantes, sont les premiers signes révélateurs de cette altération (Lewinstein, Léopold, Landaux).

Les ouvrières en tabac sont exposées elles aussi à ces métrorragies. De nombreux auteurs : Kostral, Delaunay, Brochard, Quinquaud, Saré, Goyard, le docteur Pernod, médecin d'une manufacture de tabacs, se sont occupés de cette question. Pour eux, ces métrorragies sont dues à des prolapsus de la muqueuse utérine ; l'intoxication est indéniable

puisque les urines contiennent de la nicotine (Heurteux, Boudet, Schneider).

L'influence du plomb n'est pas douteuse non plus. Les manifestations hémorragiques se produisent tantôt comme un accident initial chez des jeunes filles. polisseuses de caractères en général, portant un liseré caractéristique aux deux gencives, tantôt chez des jeunes filles ayant déjà présenté de légères coliques saturnines. Les règles, dans ces cas. apparaissent avec de fréquents retards, mais quand elles viennent, ce sont de véritables pertes anémiantes.

On a signalé aussi comme causes de métrorragies certains agents médicamenteux tels que l'opium, le mercure, le salicylate de soude, le sulfate de quinine. L'arsenic, dont certains auteurs ont mis en doute l'influence, nous a semblé, d'après nos recherches, avoir une véritable action sur l'appareil utéro-ovarien. Un long traitement arsenical peut donner lieu à des métrorragies. M. Bertrand, dans son étude sur les eaux du Mont-Dore, dit qu'il n'est pas rare de voir les règles, sous l'influence des eaux, devancer l'époque normale de leur apparition de huit et même douze jours, et qu'elles sont très abondantes.

Mlle Gueller a vu à l'hôpital Saint-Antoine de véritables métrorragies survenir chez une jeune fille qu'on traitait par des injections de cacodylate de soude. Cette malade avait été bien réglée jusqu'alors. Le docteur Bouglé, chirurgien des hôpitaux de Paris, n'hésita pas à imputer ces troubles à l'arsenic.

D'autre part, dans sa thèse inaugurale (Paris 1900) « Des accidents de la médication arsenicale interne et mélanodermie arsenicale », Dupoux prétend que sous l'influence de l'emploi d'arsenic, on voit les règles devenir plus abondantes et souvent même se transformer en de véritables métrorragies.

CHAPITRE II

MÉTRORRAGIES DE CAUSE LOCALE

A. — Origine ovarienne

Dans une leçon faite à l'Hôpital de la Pitié, à Paris, et reproduite par la *Gazette des Hôpitaux* du 3 juillet 1906, Dalché rapporte l'observation suivante :

Observation XVII

Le 22 février 1906, entre salle Valleix, au lit n° 10, une enfant de quinze ans, vive, à la mine éveillée, intelligente et rieuse, n'ayant nullement l'aspect d'une malade. Elle avait une perte de sang qui durait depuis le 27 janvier, donc près d'un mois ; mais en réalité, elle perdait depuis sept mois d'une façon continue, tout en reconnaissant ses règles, l'hémorragie se trouvant réduite à un simple suintement dans les périodes intercalaires ; à la fin de janvier le sang vint à flots, et depuis, la perte resta discontinue.

C'était malgré son âge une vraie petite femme, absolument formée, faisant preuve d'une précocité rare, même intellectuelle ; elle présentait tous les caractères de la sexualité féminine déjà très développés : le volume des seins, la courbe des hanches, la présence des poils, tout attestait une femme dont l'évolution se montrait accomplie. Cependant, notons-le dès maintenant, elle présentait peu de corps thyroïde.

Les antécédents héréditaires et collatéraux sont des plus curieux.

Sa mère, réglée à onze ans, a eu dix enfants et voit ses règles

à l'âge de cinquante-six ans. Une de ses sœurs, à l'âge de seize ans, et vierge encore, eut de telles pertes de sang qu'elle dut subir un curettage d'ailleurs inutile, car elle perdait encore à vingt et un ans.

Notre malade elle-même enfin est réglée à dix ans et demi ; et dès cette première apparition des menstrues elle éprouve des *douleurs violentes* avec gonflement du ventre, *douleurs prémenstruelles, puis menstruelles* et qui s'atténuent seulement avec l'établissement du flux sanguin. Ces règles durent huit jours, abondantes, colorées, presque ménorragiques ; elles sont suivies d'une leucorrhée profuse, qui persiste jusqu'aux dernières règles.

Cette succession de fortes pertes et de leucorrhée se maintient sans interruption depuis cette première apparition du sang, et jamais les menstrues n'ont duré moins de dix jours ; quelquefois, elles ont atteint jusqu'à quinze jours.

A partir du mois d'août dernier, nous entrons dans une nouvelle phase ; la leucorrhée augmente, se teinte de sang, devient un véritable suintement hémorragique intercalaire ; les règles se rapprochent, coulent encore plus abondantes et bientôt leur intervalle n'est plus de quinze jours. Enfin en janvier nous arrivons à la forte métrorragie qui nécessite son admission à l'hôpital.

A ce moment, nous n'avons rien à relever physiquement, sinon une tachycardie, accompagnée d'un léger souffle anémique dans l'artère pulmonaire. Nous pratiquons l'examen génital en présence de sa mère, et nous ne constatons rien qu'une faible sensation douloureuse dans les culs-de-sac latéraux ; les points ovariens sont sensibles au niveau de la paroi abdominale ; enfin, il existe un certain degré de névralgie iléo-lombaire double qui accompagne souvent les lésions ovariennes d'origine congestive.

L'examen des urines permet de reconnaître une hyperazoturie et une hyperphosphaturie des plus nettes, et les chiffres obtenus furent encore supérieurs à notre deuxième examen.

Voilà donc notre observation. Comment expliquer cette ménorragie datant de la première menstruation, avec douleurs prémenstruelles et menstruelles, puis cette leucorrhée profuse intermenstruelle et enfin cette métrorragie abondante et continue ? Notre malade n'est ni une brightique, ni une

cardiaque, ni une hépatique, ni une constipée. Ni déviation utérine, ni fibrome, ni polype.

Ne nous trouvons-nous pas en face d'un cas d'hyperactivité, d'hyperfonction, d'hypersécrétion ovarienne, d'*hyperovarie* pour employer l'expression de Dalché ? Chez cette malade, le sens génital « cette vigueur plus ou moins grande que la nature déploie dans le développement des vésicules de De Graaf » (Raciborsky) est particulièrement puissant et sans doute, d'après ce que nous avons vu, très grandement influencé par l'hérédité (mère et sœur réglées de très bonne heure, — fécondité remarquable de la mère et non-établissement de la ménopause malgré l'âge de 56 ans). — Le corps thyroïde est peu développé : cela ne tient-il pas, ainsi que l'a signalé Jayle, à des phénomènes de suppléance entre cette glande et l'ovaire ? L'hyperfonction ovarienne n'éviterait-elle pas l'augmentation de volume de la thyroïde ? L'hyperazoturie et l'hyperphosphaturie elles-mêmes ne viennent-elles pas appuyer nos dires ? Albert Robin n'a-t-il pas démontré que la menstruation est une des grandes fonctions oxydantes de l'économie ?

Toutes ces considérations nous permettent de conclure que la ménorragie et plus tard la métrorragie, qui nous intéressent, peuvent dépendre d'une hyperfonction, d'une hypersécrétion ovarienne. La menstruation est en rapport avec la sécrétion interne de la glande agissant, selon toute vraisemblance, sur les capillaires utérins et amenant leur dilatation ; l'excès de ce processus entraînera la ménorragie ; l'insuffisance (hypoovarie) aura pour conséquence l'aménorrhée.

Mais cette « hyperovarie » ne peut à elle seule expliquer toutes les métrorragies d'origine ovarienne. Celles-ci peuvent s'observer :

1° Dans les *kystes simples de l'ovaire*, les grands kystes ayant les caractères des kystes bénins ;

2° Dans les *kystes végétants des ovaires*, kystes proligères, papillaires, se comportant dans l'abdomen à la manière des tumeurs malignes ;

3° Dans cette variété fréquente de *dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire*, dans laquelle les kystes peuvent varier de volume depuis celui d'un grain de mil jusqu'à celui d'un œuf de pigeon ou de poule.

Dans les deux premiers cas, c'est-à-dire quand les métrorragies se produisent en relation avec des kystes simples ou végétants de l'ovaire, l'écoulement sanguin ne constitue qu'un symptôme de médiocre importance ; il ne peut être considéré que comme un phénomène accessoire. Au contraire la métrorragie prend la première place quand elle est liée à une lésion ovarienne, petite, difficile à constater, comme dans le cas de dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire.

Nous n'insisterons pas sur les kystes simples ou végétants de l'ovaire, à peu près exceptionnels chez la catégorie de malades qui nous intéresse. Quant aux ovaires scléro-kystiques, dont sont surtout porteuses les jeunes filles qui font le sujet de notre chapitre sur le neuro-arthritisme, nous ferons, pour expliquer les métrorragies, une distinction entre les cas où l'ovarite s'accompagne de périovarite ou de périmétrite et ceux dans lesquels il n'y a aucune lésion apparente autour de l'ovaire. L'ovaire kystique est alors libre et pour ainsi dire flottant dans la cavité péritonéale, mobile et capable de déplacements ; à des examens différents, on peut le trouver tantôt et le plus souvent dans le cul-de-sac postérieur ou dans le cul-de-sac postéro-latéral, tantôt à la face antérieure de l'utérus, tantôt sur l'un de ses bords ou près de son fond. Au contraire, quand il y a coïncidence ou com-

plication de périovarite, l'ovaire est fixé le plus souvent dans le cul-de-sac postérieur ou sur l'un des bords de l'utérus.

L'interprétation pathogénique paraît nette dans ce dernier cas ; la propagation de l'infection, ainsi qu'en témoigne fréquemment l'intégrité de la trompe, paraît se faire par la voie lymphatique et péritonéale ; les lésions semblent être primitivement périphériques et corticales pour gagner seulement à la longue la profondeur.

Mais en l'absence de tout accident pathologique génital, cette interprétation est plus douteuse : ou bien il faut admettre une infection utérine plus ou moins ancienne passée inaperçue ou l'influence d'une infection ou d'une intoxication générale du fait de quelque maladie antérieure, et nous retombons dans ce que nous avons dit depuis le commencement de notre travail.

Dans la *tuberculose de l'ovaire* nous pouvons aussi, nous semble-t-il, avoir des métrorragies : ici, tout comme dans le parenchyme pulmonaire, se produisent autour des tubercules des congestions périnodulaires localisées qui donnent de véritables « hémoptysies ».

Observation XVIII

(Professeur Richelot. — *In* thèse Hepp. Paris, 1899.)

Mlle V..., 30 ans, institutrice, vierge.

Réglée à 13 ans. A 14 ans métrorragies très abondantes qui se prolongent plusieurs années et cèdent spontanément.

A 28 ans nouvelles métrorragies graves. La malade est traitée par le docteur Tueffer, de Montbéliard, qui trouve à l'examen un corps utérin volumineux et mobile, un col entr'ouvert occupé par une tumeur sessile et mollasse qui s'implante dans la cavité cervicale et qui est enlevée par curettage.

A 29 ans, 9 mois après la première opération, ablation avec

une pince d'une tumeur pédiculée, molle, qui fait saillie par l'orifice interne du col, nouveau curettage.

6 mois après cette première intervention, les métrorragies reprennent.

Nouvelle intervention, ablation d'une masse mollasse implantée sur le col et ablation d'une grosse masse intra-utérine, formée de vésicules agglomérées du volume d'un pois, qui contiennent un liquide gélatineux. Curettage. Muqueuse utérine très épaisse.

6 mois après, récidive des hémorragies.

La malade est adressée à M. le docteur Richelot qui ne trouve plus d'autre lésion qu'un corps utérin très volumineux remontant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne ; corps utérin très mobile, facilement abaissable.

Le 18 mai 1894, hystérectomie vaginale par morcellement.

Gros utérus géant (5 fois environ le volume normal) à parois épaissies, juteuses, pleines de suc ; c'est tout à fait le tissu des utérus fibromateux, mais il n'y a pas traces de fibromes.

Par contre le col est dilaté par la présence d'une masse d'apparence polypeuse, sessile, implantée sur la muqueuse du col.

Ablation bilatérale des annexes. L'ovaire gauche est sain, l'ovaire droit présente un kyste de la grosseur d'une orange.

Aucune adhérence péritonéale, péritoine parfaitement sain.

Suites parfaites. Guérison complète constatée en 1896.

Cette observation est intéressante, par le fait que nous voyons là se surajouter à une sclérose utérine type, une dégénérescence polypeuse probablement myxomateuse de la muqueuse utérine qui semble être un degré supérieur de l'hyperplasie glandulaire que présente souvent la muqueuse utérine dans le cas de sclérose et un kyste ovarien.

La virginité de la malade permet d'exclure complètement l'infection de la genèse de ces accidents complexes.

Observation XIX

(Professeur Richelot. — *In* thèse Hepp, Paris, 1899.)

Mlle H..., 20 ans, sans profession. Vierge.

Est une grande jeune fille, forte, d'apparence très florissante, mais se plaignant souvent de migraines, de névralgies, présentant de l'acné faciale très accentuée. Elle est très nerveuse.

Depuis plusieurs années, elle souffre continuellement dans le bas-ventre, elle a des pertes blanches très abondantes et son état ne s'est amélioré sous l'influence d'aucun traitement médical.

A l'examen, on constate un petit utérus très mobile, tantôt en rétroversion, tantôt droit, à col conique peu entr'ouvert. Les annexes paraissent saines, elles sont toutefois douloureuses à la pression.

Diagnostic. — Fausse métrite chez une arthritique nerveuse. Peut-être ovaires polykystiques.

Intervention double le 28 avril 1898.

1° Curettage et petit Bouilly avec précaution pour l'hymen ;

2° Laparotomie exploratrice. Utérus petit, normal, mobile, aucune altération péritonéale. Par contre, on trouve deux gros ovaires polykystiques, vrais, gros chacun comme un petit œuf :

Ignipuncture profonde, soignée des ovaires.

Suites parfaites, sauf une exagération temporaire du nervosisme.

Au bout d'une quinzaine de jours, état parfait ; la souffrance a disparu. L'acné s'accentue.

Régime alimentaire.

B. — Origine utérine

1° *Déviations utérines*

Parmi les causes susceptibles de déterminer l'apparition des métrorragies chez la jeune fille vierge, il faut signaler l'influence des déviations utérines. Sans doute, ces déplacements anormaux de l'utérus s'observent surtout chez les femmes qui sont en pleine période d'activité sexuelle et sont surtout fonction de la multiparité. Mais on peut les rencontrer, et en pratique on les retrouve chez les jeunes filles vierges, soit qu'elles existent à titre de déviations primitives congénitales, soit qu'elles apparaissent à la suite de processus inflammatoires.

Les déviations de l'utérus se font en trois sens : en avant, en arrière, sur les côtés. Mais comme les déviations dans le sens latéral n'existent jamais ou presque jamais isolément et qu'elles coïncident à peu près constamment avec des déviations dans le sens antéro-postérieur, nous étudierons seulement les déplacements de l'utérus en avant et les déplacements en arrière.

I. *Antédéviations.* — Elles sont de deux sortes, suivant que l'utérus tout entier, corps et col, est basculé en avant ou suivant que le déplacement en avant s'accompagne d'un certain degré de coudure au niveau de l'isthme. C'est dire qu'il faut envisager les antéversions et les antéflexions.

a) *Antéversion.* — Schultze, qui s'est particulièrement occupé de la question des déviations utérines, définit l'antéver-

sion, « cette position de l'utérus dans laquelle l'organe, plus droit qu'à l'état normal, est stable dans la situation où le fond est dirigé en avant ».

L'antéversion est presque toujours une déviation acquise, et nous n'en avons pas trouvé de cas bien typique dans la littérature médicale.

b) *Antéflexion.* — Il n'en va pas de même pour les flexions en avant, que Schultze définit, « ces positions dans lesquelles le fond de l'utérus est dirigé en avant d'une manière plus stable qu'à l'état normal avec une flexion durable sur sa face antérieure ».

On sait que normalement le fond de l'utérus est incliné légèrement sur le col en avant ; c'est l'anticourbure physiologique. Mais, dans certains cas pathologiques, cette flexion est beaucoup plus marquée et surtout plus fixée.

D'après les rapports que peuvent prendre le corps et le col de l'utérus, on décrit, suivant Gaillard-Thomas, trois variétés d'antéflexion pathologique :

1° La flexion corporelle dans laquelle le corps seul a basculé en avant, le col ayant gardé sa situation normale ;

2° La flexion cervicale, dans laquelle le col s'est porté audevant du corps resté immobile ;

3° La flexion cervico-corporelle, qui est une combinaison des deux mécanismes.

On admet théoriquement que ces flexions sont *congénitales* ou *acquises*.

α) *L'antéflexion congénitale*, qu'on rencontre le plus souvent, serait due à un trouble de développement de l'utérus et constituerait plutôt une antéflexion infantile. Chez le fœtus et le nouveau-né, le col, toutes proportions gardées bien entendu, a une longueur plus grande que chez l'adulte et l'uté-

rus est dans l'axe du vagin. Au moment de la puberté, le bassin s'agrandit et les organes pelviens changent de rapport. Le vagin se rapproche de l'horizontale et l'utérus, se portant en avant, décrit avec le vagin un angle à peu près droit. Mais si le vagin ne se développe pas, s'il reste court, ce n'est plus autour du vagin que l'utérus bascule : le corps de l'utérus se porte en avant en exécutant un mouvement de charnière autour de l'isthme, le col gardant sa situation primitive.

C'est dans ces cas que l'on trouve un col long, véritablement tapiroïde, avec un orifice externe punctiforme. C'est l'infantilisme utérin qui s'accompagne des autres signes classiques : faible développement des seins, pubis presque glabre, voix fluette et parfois concomitance du rétrécissement mitral pur.

β) *Antéflexions acquises.* — Elles se développent de bonne heure en général au moment de la puberté. La pathogénie est d'ailleurs assez mal connue. On a incriminé, sans preuves bien solides, toutes les causes qui produisent des pressions sur le fond de l'utérus et le refoulent en bas : les professions qui exigent une station debout prolongée (demoiselles de magasin et repasseuses), l'équitation, l'usage du corset, la constipation, l'entéroptose. Toutes ces causes favorisent la congestion de l'utérus et produisent au niveau de l'organe un certain degré de ramollissement qui explique la facilité des déplacements en bas sous l'influence de pressions venues d'en haut.

II. *Rétrodéviations.* — Les rétrodéviations de l'utérus sont beaucoup plus fréquentes que les antédéviations. D'après les statistiques de Sänger, Winckel, Lohlein, de Delbet, Labadie-Lagrave et Legueu, on trouve une proportion de 15 % de rétrodéviations chez des malades gynécologiques.

Ici encore, comme pour les antédéviations, on décrit des rétroflexions, des rétroversions et des rétroversoflexions.

Ces déviations, chez la jeune fille vierge, sont d'origine congénitale ou plutôt, d'après Schultze, ressortissent à une disposition infantile. Chez l'enfant, en effet, l'utérus se trouve dans l'axe du vagin ; au moment où se développe le bassin, l'utérus se porte lui aussi en avant et décrit normalement une légère antécourbure. Mais si le vagin reste court et surtout s'il y a un arrêt de développement de la paroi vaginale antérieure, l'utérus ne suit pas ce mouvement d'avant en arrière et reste dans le prolongement du vagin. La pression des anses intestinales exagère et complète le déplacement.

Telles sont les différentes déviations qu'on rencontre chez la jeune fille vierge. Comment peuvent-elles expliquer la production des métrorragies ?

Elles créent tout d'abord, pour la circulation des organes pelviens et de l'utérus en particulier, des conditions anormales. Les vaisseaux, dans un utérus dévié soit en avant, soit en arrière, sont modifiés dans leur calibre. La circulation sanguine est gênée ; il y a augmentation de cette pression sanguine et par suite stase. Donc, ici, les métrorragies sont d'ordre purement mécanique.

Mais il est rare que, à la longue, sous l'influence d'une congestion chronique, n'apparaissent pas des lésions d'ordre inflammatoire. La congestion, — c'est une loi de pathologie générale bien connue, — favorise l'infection. Dans un organe fortement vascularisé, les germes extérieurs trouveront un terrain de culture merveilleusement préparé. Et il est de règle à peu près constante d'observer en même temps que des déviations utérines des lésions de métrite concomitante.

Observation XX

(Communiquée par M. le docteur Gaujoux, chef de clinique à la Faculté.

Métrorragies par déviation utérine.

J. B..., 13 ans, vient à la consultation des maladies des enfants le 10 décembre 1906.

Sa mère nous l'accompagne parce qu'elle est très faible, anémique et souffre du ventre à l'occasion de ses règles qui sont d'ailleurs beaucoup trop abondantes et durent plus de huit jours chaque mois, laissant l'enfant très affaiblie.

Les premières menstrues sont survenues le premier octobre ; elles ne furent pas douloureuses et durèrent six jours. Dix jours après, la malade, à l'occasion d'un effort, sent une vive douleur dans le bas-ventre. Le lendemain nouvelle apparition des règles qui durent 8 à 10 jours et obligent la malade à se coucher dès le quatrième jour.

Depuis la fin octobre, les règles ont apparu deux fois. D'une durée de huit jours, elles ont occasionné chaque fois de la douleur dans les reins, des troubles d'anémie marquée : bourdonnements, brouillards devant les yeux, éblouissements qui obligent la malade à s'allonger. Violents maux de tête.

Pertes blanches assez abondantes dans l'intervalle des règles. Pas de pertes jaunes.

Etat général. — Facies pâle, anémique. Souffle jugulaire très net ; souffle extracardiaque en plein ventricule. Conjonctives et muqueuses pâles. L'examen local est rendu difficile par la pusillanimité de la fillette. Pourtant le toucher rectal révèle une tumeur dure, douloureuse et mobile sur le Douglas. D'autre part, la pression sur la région suspubienne ne détermine pas de douleur très marquée, mais la contracture abdominale est très forte et empêche la palpation profonde.

Nous sommes donc en présence d'une *rétroversion utérine.*

Comme traitement, nous prescrivons la position génupectorale pendant une demi-heure, puis le décubitus abdominal, surtout pen

dant la période des prochaines règles. Dans l'intervalle, injections au permanganate à 1 p. 4.000.

Traitement général de l'anémie.

Le 6 janvier 1907, la mère vient nous voir et nous annonce que son enfant a eu ses règles à la fin décembre, qu'elles n'ont duré que quatre jours. L'enfant est restée couché, comme nous l'avions ordonné. Elle a peu souffert à partir du 3e jour, s'est levée, ne perdant plus, à partir du cinquième.

Revue en mai dernier, la jeune fille est en bon état. Ses règles sont absolument régulières et ne durent que quatre jours, pendant lesquels, dans un but de prudence, elle garde le lit.

Par le toucher rectal on constate que la rétroversion s'est corrigée et que l'utérus a repris sa position normale.

2° *Lésions et tumeurs de l'utérus.*

A part l'*épithélioma et la tuberculose du col* de l'utérus qui peuvent exister — rarement il est vrai — chez la jeune fille vierge et y produire des pertes sanguines très importantes, sous forme de ménorragies d'abord et de métrorragies ensuite, nous avons à étudier maintenant les métrites virginales et le rôle hémorragipare des tumeurs fibromateuses de l'utérus.

Métrites virginales. — Ce qui les caractérise d'abord, c'est qu'elles font leur apparition au moment de l'instauration des règles. Elles coïncident avec les premières règles et ne surviennent presque jamais au-delà de la troisième époque. Elles sont continues pendant plusieurs mois, plus ou moins abondantes, peuvent cesser pendant longtemps ou même être supprimées.

La présence de fongosités qui ne diffèrent en rien de celles qu'on rencontre dans les métrites granuleuses de la femme en pleine activité génitale, est la seconde caractéristique.

Mais comment se produisent les métrorragies ? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Pour certains, la métrite virginale reconnaît les mêmes causes que la métrite ordinaire.

Bien que la porte soit moins largement ouverte à l'infection microbienne, puisqu'il n'y a ni rapprochements sexuels, ni accouchements, ni avortements, et, sans vouloir invoquer le microbisme latent (Verneuil), l'autoinfection de Winter, qui admet dans l'utérus normal la présence de germes pathogènes, il est probable que l'invasion microbienne joue le plus grand rôle dans le développement de cette métrite.

« C'est à une origine microbienne, dit Schröder, qu'il convient d'attribuer les métrites chroniques que l'on rencontre chez les nullipares qui n'ont jamais été atteintes de blennorragie et même chez les *jeunes filles encore vierges*.

» Des agents pathogènes peuvent même, dans ces conditions, pénétrer dans la cavité utérine, et il n'est pas douteux pour moi que cette pénétration ne soit souvent le résultat de manœuvres de masturbation. »

Pozzi, d'autre part, qui attribue à l'intervention microbienne les métrites virginales, l'explique ainsi : « Il y a des staphylocoques, *domestiqués* pour ainsi dire par leur habitation dans les voies génitales, qui ont perdu leur virulence, mais peuvent devenir très rapidement virulents dans certaines circonstances favorables... Certaines conditions mécaniques favorisent beaucoup l'infection de l'utérus... La période des règles peut la rendre possible. Ce ne sont pas du reste seulement les microorganismes, habitant normalement le vagin, qu'un cathétérisme peut introduire dans la cavité utérine. Nous vivons, dans les grandes villes, au milieu de germes pathogènes. L'exaltation des propriétés nuisibles des germes pathogènes sommeillant dans les parties génitales saines de la femme, ne pourrait-elle pas être provoquée

par un automécanisme ? La débilitation générale, le traumatisme, en entravant l'action phagocytaire, peuvent lever la barrière qui sépare les germes de la cavité utérine. Ainsi s'expliquerait peut-être l'influence non douteuse des maladies générales... »

Donc, même pour les formes nettement microbiennes, M. Pozzi fait des réserves au sujet de l'influence de l'état général. Il les fait parce que la présence des germes dans la cavité utérine constitue une extrême rareté, malgré leur présence dans le vagin et à la vulve, « succursale de l'anus », suivant une expression pittoresque de Guyon.

Castan (thèse de Paris 1898), sans nier systématiquement la métrite déterminée par le *manque de propreté* ou par la *blennorrhagie vulvaire* consécutive soit au contact de linges souillés ou aux attouchements incomplets avec un homme malade, essaie de démolir les travaux de Latour, de Lamy et de Villate de Peufeuilhoux, qui admettent, les deux premiers, une métrite vraie hémorragique, et le troisième une métrite vraie glandulaire et hémorragique. Pour cela faire, il relève, dans toutes les observations publiées par ces auteurs, les tares héréditaire ou constitutionnelle de chaque jeune malade : scrofule, arthritisme, herpétisme, chlorose, syphilis, etc...

Devons-nous nous ranger à l'avis de Schröder, pour qui métrite est synonyme d'infection ?

Ou bien devons-nous partager l'opinion si sage de Pozzi ou nous ranger du côté de Castan, qui admet difficilement l'infection exogène.

Ou bien encore, ainsi que l'a dit le professeur Laroyenne, ne nous trouvons-nous pas en présence d'une variété de métrite virginale qui permet de diagnostiquer des hémorragies survenant sans cause périutérine et pour ainsi dire sans raison ? Et ces hémorragies, qui ne paraissent être ni essentielles, ni

dyscrasiques, ne seraient-elles pas dues à cette *inconnue* qui a présidé au développement des fongosités, caractère anatomo-pathologique de l'affection ?

Ces fongosités agiraient-elles alors comme les tumeurs de la muqueuse utérine ? Les tumeurs, en effet, qu'elles soient muqueuses ou fibreuses, polypes, fibromes, fibro-myomes, jouent un rôle très important dans la pathogénie des métrorragies. Nous n'insisterons pas sur leurs caractères : leur description est faite dans tous les livres classiques. Ces tumeurs peuvent se développer : 1° dans l'épaisseur même de la paroi utérine (fibrome interstitiel), auquel cas il reste longtemps sessile ;

2° Vers une des deux surfaces libres, soit la muqueuse (fibrome sous-muqueux), soit la séreuse (fibrome sous-péritonéal), circonstance qui en facilite la pédiculisation.

L'hémorragie est d'autant plus accusée qu'il s'agit d'un fibrome interstitiel ou d'un fibrome rapproché de la cavité utérine.

Si les gros fibromes qui se développent dans la paroi abdominale provoquent les métrorragies par la stase sanguine consécutive à la pression qu'ils exercent sur l'utérus, les autres jouent le rôle de corps étrangers entretenant une congestion active, une vascularisation excessive de la muqueuse qui aboutit à l'hémorragie plus ou moins abondante.

En outre la présence de ces myomes à saillie sous-muqueuse agrandit la cavité utérine et la rend sinueuse, condition propice aux rétentions septiques. La muqueuse s'altère et l'hémorragie suit.

Comment se fait-il que ces polypes, ces nodules fibromateux, en apparence insignifiants, soient susceptibles de provoquer des métrorragies incoercibles capables de mettre en danger les jours de la malade ? « C'est que ces tumeurs sont d'origine vasculaire. Klebs et Kleinwachter avaient déjà su-

diqué qu'elles se développaient autour d'un vaisseau ; Pilliet a précisé cette histogénèse.

» Tout fibrome est composé de lobules agglomérés ; chacun de ces lobules constitue l'unité histologique. Au centre de chacun d'eux se trouve un vaisseau axile, qui est l'origine de la formation néoplasique, comme il est le point de départ de toutes ses transformations : sclérose, calcification, sarcomatose.

» Le point de départ, le premier mobile histogénique est le développement anormal du système vasculaire utérin ; il se comprend bien quand on songe aux variations considérables de la circulation utérine à l'occasion des règles. Ce développement du système vasculaire a pour conséquence une réaction hypertrophique du muscle et du tissu conjonctif : les néo-capillaires s'entourent d'éléments musculaires et conjonctifs jeunes ; voilà autant de noyaux fibromateux développés sur un ou plusieurs districts vasculaires. Le même phénomène se produit pour la mamelle, mais les tumeurs bénignes qui s'y développent ont pour centre de leurs unités un canal glandulaire au lieu d'un vaisseau : ce sont des adéno-fibromes, tandis que le fibrome utérin est un angio-fibrome. »

Les myomes télangiectasiques, c'est-à-dire les fibromes creusés de lacunes vasculaires dus à la dilatation des capillaires, expliquent bien, par leur définition même, les métrorragies auxquelles ils peuvent donner lieu.

Observation XXI

(Inédite. — Recueillie dans le service de M. de Rouville, par M. Lisbonne, interne des hôpitaux.)

Eugénie B..., 13 ans, entre le 10 janvier 1907, salle Fuster, n° 5, à la suite d'abondantes métrorragies qui ont déterminé un état anémique des plus prononcés.

Antécédents personnels. — Rien à noter. La malade rappelle une chute sur les reins au mois de juin.

Antécédents héréditaires. — Sa mère, bien réglée jusqu'à l'époque d'une fausse couche, est atteinte de métrorragies abondantes et répétées qui nécessiteront par la suite son entrée dans le service de M. le professeur de Rouville, où elle subira un curettage curateur.

Histoire de la maladie. — L'histoire de ces métrorragies est intimement liée à l'instauration de la menstruation. Au début du mois de janvier 1907 apparaissent, chez cette jeune fille, *sans aucune douleur*, sans sensation de pesanteur dans le bas-ventre ou de léger malaise, les premières règles, qui se manifestent durant 3 jours.

Un mois après, le 8 octobre, seconde menstruation ; mais cette fois-ci, les pertes sanguines, loin de disparaître à la fin de la première semaine, continuent à s'écouler, abondantes, de moins en moins colorées, avec quelques caillots, mais *complètement indolores* et provoquant au bout du quinzième jour un tel état de faiblesse que la petite malade est obligée dès lors de garder le lit. *34 jours après le début* de l'hémorragie, les pertes s'arrêtent enfin ; mais cette cessation est de courte durée. 12 jours après, le 23 novembre, nouvelle métrorragie abondante pendant 4 jours qui, après s'être tarie un temps égal, reprend et persiste de plus en plus copieuse jusqu'au 8 janvier. 2 jours après, la malade, dans un état de prostration extrême, entre dans le service de M. le professeur de Rouville.

Si nous récapitulons et totalisons le nombre de jours pendant lesquels la malade a perdu depuis le début de la maladie, nous constaterons que sur 93 jours les métrorragies en ont occupé 77, et d'une façon plus frappante, nous pouvons dire qu'elle a saigné 2 mois 1/2 en 3 mois.

Jamais de pertes blanches.

Au point de vue des divers appareils, à noter souffle mésosystolique siègeant sur l'artère pulmonaire et léger souffle jugulaire.

Etat général très affaibli par un état d'anémie avancée que révèle l'examen des muqueuses.

L'examen général est pratiqué le 15 janvier, par M. le professeur de Rouville. Malgré la virginité intacte de la jeune malade, l'index enduit de mousse de savon peut facilement dilater l'orifice hyménéal très élastique sans le déchirer, ainsi que le conduit vaginal, et explorer assez facilement l'appareil génital.

Le col conique, mobile, présente une ouverture transversale à 2 lèvres et non punctiforme comme l'admettent les auteurs classiques.

Le corps de l'utérus normalement développé est mobile dans tous les sens sans provoquer de douleurs.

Les culs-de-sac sont complètement libres.

L'hystéromètre introduit dans le canal utérin démontre qu'il n'y a point de sténose au niveau de l'orifice interne, que l'utérus a sa longueur normale et qu'il n'y a pas d'antiflexion anormale.

Par le palper combiné au toucher on provoque une douleur assez aiguë dans le fond du cul-de-sac gauche.

Par conséquent rien de localement appréciable.

Le 17 janvier, on commence la dilatation utérine en vue d'un curettage ultérieur. La mise en place d'une laminaire est une opération dans ce cas très délicate, qui doit se faire sans le contrôle de la vue, en se guidant uniquement sur les perceptions tactiles, en y « voyant avec le doigt » s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Au moyen d'une pince tire balles que l'on conduit sur l'index de la main gauche, l'on saisit le col et par une traction continue, mais légère, on le fait descendre près de l'hymen, autant qu'il est possible de le faire. Saisissant alors une laminaire de très petit calibre, M de Rouville la fait glisser le long du doigt indicateur et après plusieurs essais arrive à l'introduire dans l'utérus. Tamponnement à l'ichthyol.

La laminaire, laissée en place 48 heures, détermine le premier jour quelques douleurs très supportables.

Le 19 janvier, même opération avec une laminaire un peu plus grosse.

Le 21 janvier, une laminaire plus grosse ne peut point pénétrer. Devant ce résultat, on ne juge point utile d'en placer une nouvelle.

Le 22 janvier, curettage sous chloroforme, M. le professeur de Rouville, après avoir placé un spéculum *ad hoc* et pincé le col, pratique la dilatation au moyen des bougies d'Hégar jusqu'à ce qu'il puisse introduire la petite curette. Celle-ci ramène des débris abondants de muqueuse d'un blanc grisâtre, ainsi que de gros caillots et donne issue à une assez abondante quantité de sang dont était gorgé l'utérus.

Mèche de gaze imbibée de glycérine créosotée au 1/5.

La malade n'a point souffert. Les suites de l'opération sont excellentes.

Le troisième jour, on ôte la gaze que l'on remplace par une autre identique.

Le 28 janvier, dernière gaze intra-utérine que l'on supprime définitivement 3 jours après.

La malade est restée à l'hôpital jusqu'à l'apparition des règles qui se produisent vers le milieu de mars et ne durent plus que 4 jours.

Le 18 mars, la malade sort, semble-t-il, guérie. Ce résultat est parfaitement confirmé par les nouvelles récentes que l'on reçoit de la famille de la jeune fille, au mois de juin. Les règles se renouvellent tous les mois, durant de 4 à 5 jours, et sont complètement indolores.

Les débris ramenés par la curette étaient-ils des fongosités ?

Dans son ensemble, l'observation le laisse supposer. Il est regrettable qu'un examen anatomo pathologique n'ait pas été fait.

Observation XXII

(Docteur Blanc. — *Loire Médicale*. 1896.)

Métrite hémorragique datant de 18 mois ; hémorragies profuses : mort imminente ; curettage ; cessation des hémorragies pendant 6 mois : récidive ; deuxième intervention : guérison définitive depuis 6 ans.

Le 3 janvier 1890, je fus appelé en toute hâte à Sorbiers, petit village des environs de Saint-Étienne, auprès d'une jeune fille qui se meurt, me dit-on, d'hémorragie.

J'emporte avec moi les instruments et les objets de pansement nécessaires pour faire un tamponnement et au besoin un curettage de l'utérus.

La malade, Claudine P..., est dans un état lamentable, d'une pâleur cadavérique; elle n'a plus la force ni de parler, ni de bouger ; le pouls est misérable, imperceptible ; le moindre déplacement provoque une syncope : il existe déjà des troubles de la vue ; la

malade distingue à peine les personnes et les objets qui l'entourent.

Voici les renseignements que me donne la mère :

Claudine P .. est âgée de 16 ans et demi, mais on ne lui en donnerait que 13 à 14. Elle est petite, chétive, peu développée.

Pas d'antécédents héréditaires ; antécédents scrofuleux très nets dans l'enfance (engorgements ganglionnaires, ophtalmie).

Les hémorragies ont débuté il y a 18 mois, c'est-à-dire à l'âge de 15 ans, au moment de la deuxième époque menstruelle ; la première époque avait été normale.

Pendant ces 18 mois, la malade a perdu constamment, n'ayant guère que 6 à 8 jours de répit par mois. Les trois dernières semaines, l'hémorragie a été plus abondante que jamais ; au dire de la mère, on la crut morte plus d'une fois.

En face d'une pareille situation, il n'y avait pas d'hésitation possible ; le curettage s'imposait ; la famille s'y décida et je le pratiquai séance tenante sans anesthésie ; je n'aurais jamais osé donner une goutte de chloroforme, tant la malade était faible ; du reste,elle ne fit aucun mouvement pendant les quelques minutes que dura l'opération et ne manifesta aucune sensation douloureuse.

Le curette amena une quantité énorme de fougosités blanchâtres, plus dures, plus consistantes que les fongosités ordinairement rencontrées dans les métrites hémorragiques ; elles me rappelaient les fongosités des endométrites hémorragiques de la ménopause, d'apparence sarcomateuse.

L'opération fut terminée par un tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée, je n'avais pas eu le temps de me procurer une solution de chlorure de zinc ou de glycérine créosotée. L'hémorragie ne se produisit plus et, 15 jours après l'opération, la malade put commencer à se lever ; elle reprit bien vite ses forces et ses couleurs et, pendant 6 mois, put se considérer comme complètement guérie ; les époques revenaient très régulièrement tous les mois et ne duraient que cinq jours.

A la fin du mois de juillet, les hémorragies reparaissent ; immédiatement mis au courant, je fais entrer la malade dans mon service ; je pratique une deuxième intervention. Cette fois-ci, l'anesthésie me permet un curettage beaucoup plus soigné et minutieux ; fongosités mollasses bien moins abondantes que la première fois ; écouvillonnage à la solution de chlorure de zinc à un dixième ; mèche imbibée de la même solution.

L'opérée quitte l'hôpital au bout de trois semaines.

Depuis, nous l'avons revue à plusieurs reprises, et même, il y a quelques jours, pour la rédaction de cette note.

Les époques reviennent tous les mois, avançant ou retardant de quelques jours ; elles durent six jours en moyenne. Pas d'hémorragies dans la période inter-menstruelle, pas de pertes blanches, pas de douleurs abdominales.

Claudine P..... est toujours un peu maigre et chétive, peu développée pour son âge, mais elle travaille toute la journée ; en somme, depuis la deuxième intervention, c'est à dire depuis six ans, elle est complètement guérie de sa métrite hémorragique.

Observation XXIII

(Dr Blanc. — *Loire Médicale*. 1896)

Métrite hémorragique ; curettage : guérison

Anaïs G...., ouvrière en soie, 15 ans.

Entrée le 22 janvier 1895.

Rien à noter comme antécédents héréditaires.

Rougeole et scarlatine dans la première enfance Signes de scrofule (mal aux yeux, ganglions cervicaux engorgés). — En outre, tous les hivers l'enfant dit s'enrhumer.

Pas de maladies graves.

La menstruation s'est établie il y a un an Les premières règles ont été normales comme quantité et comme durée. La seconde fois, la perte a été abondante et, depuis, elle est continue. Pendant toute cette année la perte ne s'est arrêtée que 15 jours.

Ces pertes sont continues, mais plus abondantes à l'époque des règles. Elles s'accompagnent quelquefois de douleurs dans le bas-ventre.

Ces hémorragies ont déterminé une anémie assez marquée ; la malade est pâle ; ses muqueuses sont décolorées. Elle se plaint de vertiges et d'oppression au moindre effort Elle a été obligée de suspendre tout travail.

A l'auscultation, on ne découvre rien d'anormal ni au cœur ni aux poumons.

La malade est très petite pour son âge. Elle a la taille d'un enfant de 10 ans. Elle a été nouée dans son enfance. Elle n'a marché qu'à l'âge de 4 ans.

Opération le 23 janvier 1895.

L'utérus est mou, facilement dilatable ; il mesure 7 centimètres à l'hystéromètre.

La curette ramène une quantité de fongosités blanchâtres, dures, résistantes, criant sous l'instrument et différant par tous ces caractères, des fongosités qu'on rencontre habituellement dans l'endométrite végétante. On termine par un écouvillonnage à la glycérine créosotée au tiers.

Au bout de 15 jours la malade part complètement rétablie ; elle promet de revenir nous voir si les hémorragies reparaissent ; nous ne l'avons pas revue.

Observation XXIV

(Dr Blanc. — *Loire médicale*, 1896.)

Jeune fille de quatorze ans, bien développée et d'apparence robuste.

Règles normales jusqu'à la troisième époque menstruelle. Depuis, hémorragies continues, mais abondantes dans la période intermenstruelle, avec recrudescence marquée aux époques. Cet état dure depuis six mois.

La malade était peu anémiée. M. Blanc ne crut pas devoir différer l'intervention.

La curette ramène en quantité des fongosités gris blanchâtre, mollasses, peu résistantes.

Un an après, la malade se dit complètement rétablie. Les époques sont régulières et durent quatre à cinq jours.

Observation XXV

(Dr Blanc. — *Loire médicale*, 1896.)

Jeune fille de quinze ans, réglée depuis six mois.

Les pertes, continues dès la première apparition des règles, ont résisté à de nombreux traitements (fer, ergot de seigle, hydrastis canadensis, injections chaudes, etc.).

Anémie profonde. Malade absolument exsangue. La famille ne permit pas même de faire un tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée sous le prétexte que toutes les manœuvres pouvaient *faire tort* plus tard à la jeune fille.

La malade mourut huit jours après.

Observation XXVI

(Pr Laroyenne. *In* Thèse Latour, Lyon, 1896).

Marguerite M..., salle Sainte-Marie (La Charité), âgée de 15 ans et demi.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Aucun signe d'anémie ou de chlorose.

Réglée à 14 ans ; depuis 1 an 1/2 la menstruation est irrégulière.

Les règles durent deux ou trois jours, peu abondantes et parfois manquent pendant deux ou trois mois, souvent douloureuses. Pas de pertes blanches.

En janvier 1896, sans cause apparente, peut être à l'occasion du froid, la malade, qui n'avait pas vu ses règles depuis deux mois, commence à perdre en petite quantité ; ses pertes sont continues avec quelque moment de répit jusqu'au mois de mars, où la malade entre à l'hospice.

Elle a perdu ses forces, a peu d'appétit. Les digestions sont lentes et pénibles.

L'état général est relativement bon.

Examiné le 14 mars, l'utérus est en position normale avec une

légère antéflexion. L'hymen, assez extensible, permet la dilatation du col et l'introduction de la curette.

On ramène de nombreuses fongosités.

La malade est revue le 14 mars. Ses règles normales durent de deux à trois jours.

Ni hémorragies intermenstruelles, ni douleurs. La malade a repris ses occupations.

Observation XXVII

Pr Laroyenne, *in* thèse Latour, Lyon 1896

M... âgée de seize ans.

Pas d'antécédents morbides.

Réglée à seize ans bien régulièrement, depuis jamais de manque. Six fois environ depuis qu'elle est réglée, est apparue une hémorragie intermenstruelle. Depuis six mois, elle n'a pas eu de métrorragie, mais des règles abondantes durant 8 jours.

La malade est très affaiblie. Teint jaune.

Pertes blanches assez abondantes. Les époques sont douloureuses et la malade doit garder le lit Le 5 juin 1896, on fait un curettage qui ramène des fongosités blanc grisâtre. Depuis les hémorragies n'ont pas reparu.

Observation XXVIII

Due à l'obligeance de nos amis les Docteurs Devèze, chef de clinique à la Maternité, et Fleig, préparateur de physiologie.

Antoinette P..., 24 ans, Montpellier, femme de chambre, est envoyée à la Maternité le 12 mai 1907, pour « Môle hydatiforme » et métrorragies (diagnostic du médecin).

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — *Généraux.* — Bronchite à l'âge de 18 ans, qui a duré une semaine.

Génitaux. — Réglée à 13 ans et depuis régulièrement tous les mois, abondamment pendant 8 jours, avec des caillots ; pas de leucorrhée, pas de troubles de miction.

Maladie actuelle. — A eu ses règles fin mars, comme d'habitude (31 mars, dernier jour) toujours abondantes.

Le 23 avril les règles ont de nouveau apparu et persistent encore aujourd'hui : métrorragies abondantes avec caillots. Aucune douleur dans le bas-ventre.

La malade déclare qu'elle saigne facilement, et longtemps, quand elle se fait une coupure. Sujette aux épistaxis avant l'instauration des règles.

Examen à l'entrée. — Faciès décoloré, teint cireux des anémiées. Pouls 120. Pas de température.

Ventre absolument souple, aucun point douloureux à la palpation de la paroi abdominale Au toucher, rendu difficile par l'existence d'un hymen intact, falciforme, et par l'atrésie du couloir vaginal, on trouve un col élevé, situé derrière la symphyse pubienne, de forme conique, et ayant toute sa longueur, ne présentant aucune trace de ramollissement. L'orifice externe, de forme elliptique, est obstrué par un petit caillot qui occupe la lumière du canal cervical

En arrière du col, au niveau de l'isthme, existe une coudure, un angle ouvert en avant, et dans le cul-de-sac postérieur on perçoit le fond de l'utérus basculé en bas..

Les culs-de-sac latéraux sont libres. Rien du côté des annexes.

Au point de vue des divers appareils, à noter, au niveau de la pulmonaire, un souffle variable avec les changements de position de la malade et qui est un souffle inorganique d'anémie et un souffle au niveau des jugulaires.

Ecchymoses multiples disséminées sur les membres inférieurs, dues à des heurts. La malade se fait des « bleus » au moindre choc.

Diagnostic. — *Il s'agit de métrorragie chez une jeune fille vierge, hémophile, dont l'utérus est en rétroflexion.*

Les caillots, soigneusement examinés, sont purement cruoriques, et on ne trouve pas les « grains de groseille » symptomatiques d'une môle hydatiforme.

Quant aux métrorragies, avant de les mettre sur le compte de l'hémophilie, on estime qu'il y aurait lieu de corriger la rétroflexion utérine, qui peut en être le facteur principal.

Traitement. — Comme il y a indication à arrêter le plus tôt possible les hémorragies et que la femme, en raison de son extrême anémie, n'est pas en état d'être transportée en gynécolo-

gie, dans le service de M. de Rouville, M. le professeur Vallois décide de pratiquer un curettage le lendemain 2 mai. Sous anesthésie, la curette ramène seulement quelques débris de muqueuse utérine. M Vallois sent le muscle utérin se contracter sur l'instrument.

Cautérisation iodée et tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze trempée dans de la teinture d'iode. Sérum artificiel 500 c. c.

3 mai. — On retire la gaze intra-utérine.

Les métrorragies n'ont plus reparu pendant un intervalle de douze jours. Le pouls est descendu à 100 et le faciès est plus coloré, mais le 15 mai, à l'époque habituelle des règles, les hémorragies réapparaissent. L'écoulement sanguin est d'abord léger, constitué par du sang liquide, mais, à partir du 22, la malade perd des caillots. Très rapidement, le teint devient d'une pâleur cireuse. Le pouls monte à 120 En présence de cet état persistant, M. le professeur Vallois décide de diriger la malade dans le service de gynécologie de M. de Rouville.

Notre maître ne juge pas à propos de faire un second curettage et abandonne la malade à M. Fleig qui se propose d'expérimenter son sérum à base ferrique.

La numération des globules, faite le 24 mai, ne donne que 1.400.000 globules rouges. Ce nombre, minime, donne une idée de l'anémie de notre jeune malade.

Deux fois par semaine, à partir de cette date, on fait des injections intra-veineuses par simple ponction d'une des veines du pli du coude qu'on rend saillantes en plaçant un bandage à l'extrémité inférieure du bras.

La composition de ce sérum est la suivante :

Chlorure de sodium	6 gr. 50
Chlorure de potassium.	0,40 centig.
Chlorure de calcium	0,50 —
Sulfate de magnésie.	0,50 —
Bicarbonate de soude	1 gr. 5
Glycérophosphate de soude.	2 gr.
Chlorure ferrique	0,056 mmg
Eau distillée q. p.	1000 cc.

Oxygène dissous à saturation.

Après cinq injections le nombre des globules rouges est monté à 3.800.000 et huit jours après à 4.100.000.

La malade, à la date du 22 juin, est presque complètement rétablie ; les métrorragies ont complètement disparu et le teint a pris un peu de couleur.

Réflexions. — Nous n'avons su, à vrai dire, où placer cette observation. Les métrorragies étaient-elles liées à l'hémophilie, maladie dyscrasique, ou à la rétroflexion ? Il est difficile de répondre à cette question. On pourrait pencher pour une lésion locale, mais alors pourquoi le curettage n'a-t-il donné aucun résultat ? Si on pense d'autre part à l'hémophilie, on ne s'explique pas comment en si peu de temps les métrorragies ont disparu, l'hémophilie étant essentiellement une maladie durable.

Dans un autre ordre d'idées, nous ferons observer avec Bouilly que les lésions utérines coïncident souvent avec les lésions de l'ovaire kystique ; dans un certain nombre de cas, les lésions utérines sont assez accentuées par elles-mêmes pour qu'on croie pouvoir leur attribuer tous les symptômes, les mettre au premier rang et méconnaître l'affection ovarienne. La conséquence thérapeutique de cette erreur d'interprétation ne saurait être que désastreuse, les interventions utérines ne pouvant donner aucun résultat tant qu'on laisse subsister la lésion ovarienne.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

On vient de voir combien est complexe la pathogénie des métrorragies chez les jeunes filles vierges. Le traitement ne le sera pas moins. Ce n'est que par une connaissance approfondie de la pathologie générale qu'on peut arriver à bien juger des cas spéciaux, a dit Panos, et à bien les traiter, pouvons-nous ajouter.

En premier lieu, comme prophylaxie, il est de toute évidence que la prudence élémentaire commandera, d'après ce que nous avons vu, d'éviter, autant que possible, au moment où l'enfant se forme, toutes les causes pouvant amener de la congestion dans le petit bassin. Ces causes, nous les avons passées en revue, nous ne les citerons donc pas de nouveau. Qu'il nous soit permis seulement de signaler une fois de plus l'influence néfaste de la machine à coudre, incriminée par Pozzi.

Le traitement curatif est *général* ou *local*.

On s'applique tout d'abord à diriger le traitement contre la maladie causale.

Dans les maladies de cœur, le repos au lit améliorera l'état des malades, la reprise de leurs occupations les fera rechuter. La digitale sera un précieux auxiliaire. Howship Dickinson, de Dublin, a vu des métrorragies d'origine cardiaque s'arrêter après un traitement de digitale donnée à la dose de 15

à 30 grammes. Trousseau et Lasègue s'en tenaient à 8 gr. M. Huchard ordonne l'opium et des sédatifs lorsqu'on relève chez les malades une hypertension artérielle.

Un régime approprié où le lait tiendra la plus grande place, sinon la seule, aura vite raison de métrorragies liées à une lésion du rein (albuminurie).

La quinine à dose un peu élevée sera efficace dans les métrorragies grippales (Pozzi). Elle le sera davantage encore quand il s'agira de fièvres paludéennes.

L'hygiène alimentaire, chez les neuro-arthritiques surtout, devra être très rigoureuse. Le régime sera végétarien lacté. Les viandes marinées ou faisandées, les poissons de mer, les coquillages, les épices, les fromages forts seront proscrits. Pas d'alcools, pas de tonique ni de ferrugineux « qui ruinent l'estomac, favorisent la constipation et surexcitent les nerfs » (Richelot). Les malades ne sont anémiques que parce qu'elles ont des pertes sanguines : elles n'ont pas des pertes parce qu'elles sont anémiques : d'où nécessité de traiter l'état congestif pour faire cesser les pertes et à leur suite l'anémie.

Le repos absolu doit être évité aussi bien que le surmenage (tant moral que physique) : longues veilles, atmosphères surchauffées des salles de spectacles et des salons qui ne peuvent que surexciter les nerfs..... Toutefois, au moment des pertes, la position de la malade dans son lit devra être aussi l'objet des soins du médecin : la malade devra rester allongée, les cuisses légèrement fléchies et soutenues par un coussin, le bassin élevé par un autre coussin, la tête assez basse.

Nous connaissons l'influence doublement fâcheuse de la coprostase. Le premier soin à prendre devra être de débarrasser soigneusement et rapidement l'intestin de la malade par de grands lavements d'huile et de camomille par exemple. On fait bouillir au bain-marie et séparément 150 gram-

mes d'huile d'olive et 150 grammes d'infusion forte de camomille, puis on mêle. Le tout est mis dans un bock et l'on ajoute au tube de caoutchouc une sonde de Nélaton, qu'il ne faut pas craindre d'enfoncer profondément ; on doit faire pénétrer le liquide sans pression. On y joindra, les jours suivants, l'emploi de laxatifs (cascarine, podophylline) et non des purgatifs drastiques pouvant amener une congestion notable des organes pelviens.

Le grand air, le soleil, un exercice modéré sont recommandables.

Il existe dans la *gymnastique suédoise*, d'après la méthode de Thure Brandt, toute une série de mouvements qui décongestionnent le petit bassin. Leur efficacité est incontestable à la condition d'agir avec une très grande douceur et une très grande prudence. « Plutôt trop peu que trop. » Ils peuvent être combinés avec un *massage* de la paroi abdominale. Ce massage, suivant Stapffer, aurait un double effet : outre son action directe sur l'utérus, dans lequel il rétablit la circulation, il mettrait (et Stapffer l'a démontré par des expériences) en jeu le réflexe dynamogénique cardio-vasculaire spécial amenant, si on veut bien nous passer le mot, une véritable gymnastique circulatoire.

Le rôle de l'*électrothérapie* ne sera pas moins important. « L'électrothérapie, dit Doléris, rendra de réels services dans les formes hémorragiques de la congestion utérine. » Elle réveille la tonicité du parenchyme, car les tissus utérins sont atones, en leur donnant une excitation permanente et durable. Le traitement électrique sera fait sous l'une des formes suivantes :

1° Faradisation. — Tripier se servait d'un hystéromètre qu'il introduisait dans l'utérus et fermait le circuit sur l'abdomen. Apostoli modifia ce procédé et porta dans l'utérus

son électrode intra-utérine bipolaire. Siredey proclame qu'il ne faut pas d'hystéromètre dans la congestion utérine.

2° Courants continus avec intermittences rythmées (Chéron) ;

3° Electricité appliquée suivant la méthode de Danion (Hepp) ;

4° Courant sinusoïdal rythmiquement interrompu ;

5° Courant ondulatoire.

Tous ces moyens sont excellents lorsque les accidents ne datent pas de longtemps. On arrive à réveiller très rapidement le fonctionnement de la musculature utérine et à enrayer l'engorgement ; les douleurs s'amendent et les hémorragies diminuent.

Malheureusement, dans ces cas, comme dans tous ceux qui rentrent dans le cadre d'un traitement électrique, les malades arrivent presque toujours trop tard.

Hydrothérapie. — La réfrigération locale est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée, et pour mémoire seulement nous rappellerons que Gallard la tenait en grande estime dans le traitement des métrorragies.

L'eau chaude décongestionnante et hémostatique a pris sa place. La compresse échauffante, les grands bains chauds répétés ont été préconisés ; à notre avis, ils ont le très grand inconvénient d'exiger le déplacement de la malade : nous considérons l'immobilité comme une des conditions essentielles de la guérison.

Le Priessnitz, les bains salés pourront donner quelques résultats à condition d'en surveiller l'effet et de diminuer la dose de sel, en raison de l'action très excitante de ces bains sur les personnes nerveuses. La même cause pourra contre-indiquer le séjour à la mer, qu'on prescrira au contraire dans d'autres cas. Salies-de-Béarn a chaque année à son actif de très nombreuses cures de métrorragies.

Chez les malades apathiques et déprimées, les douches froides sont indiquées. Les douches prolongées ou douches écossaises chez celles dont l'éréthisme nerveux est très accentué ou qui sont particulièrement sensibles à l'eau froide ; elles agiront sur la nutrition générale en relevant le chiffre globulaire.

Beni-Barde a préconisé la douche plantaire froide : la malade est assise les pieds dans des étriers percés de trous et la région plantaire reçoit ainsi un jet froid. Dalché a vu nombre de métrorragies s'arrêter par ce procédé, qui consiste en somme à amener une vaso-constriction pelvienne.

Le bon fonctionnement de la peau sera entretenu au moyen de frictions quotidiennes avec le gant de crin imbibé d'eau de Cologne ou alcoolat de lavande.

La *révulsion* à distance par des ventouses sèches appliquées sur la poitrine, les épaules, les cuisses, a quelquefois réussi.

La médication sédative et vaso-constrictive devra être donnée avec réserves.

Au moment des pertes, on pourra prescrire la gélatine à la dose de 3 grammes matin et soir dans du lait, du bouillon ou du chocolat. Le chlorure de calcium, l'ergotine, l'hydrastis, l'hamamelis, l'extrait de senecio vulgaris seront indiqués, ce dernier surtout en cas de maux d'estomac.

Si la métrorragie prend un caractère inquiétant, il faudra faire des injections sous-cutanées de sérum artificiel qui, par leur effet immédiat, relèvent la pression artérielle et agissent aussi en excitant la vaso-constriction des vaisseaux. Bien entendu, si les circonstances l'exigent, on pourra avoir recours aux injections intra-veineuses de sérum beaucoup plus considérables.

A ce propos, disons un mot du nouveau sérum de M. Fleig, dont nous avons donné la formule dans l'observa-

tion XXVIII. Après quelques heures de préparation, le chlorure ferrique passe à l'état d'oxyde de fer hydraté gélatineux INSOLUBLE. Cet oxyde est facilement déformable et peut être injecté sans crainte de coagulation, d'embolie ou de phlébite (fer à l'état *naissant*). Ce sérum agit sur la nutrition générale absolument comme le sérum artificiel ordinaire par tous les sels qu'il contient. En outre, par le fer qui entre dans sa composition, il agit sur la nutrition spéciale des organes du système hématopoiétique, système qui préside à la formation des globules.

Ce sérum, qui n'est employé qu'en injections intraveineuses, a cet avantage que le fer est absorbé nécessairement alors que son absorption par la voie digestive est discutée. En outre, son séjour dans l'organisme est plus prolongé puisqu'il doit être solubilisé.

Sur la malade que nous avons observée, ce sérum a fait des merveilles. Mais nous ne pouvons sur ce seul cas affirmer son efficacité absolue. Nous espérons que M. Fleig, qui poursuit ses recherches, nous apportera bientôt une série d'observations concluantes.

Localement et surtout si la métrorragie est d'origine inflammatoire, les *injections* d'eau chaude, aussi chaudes qu'on pourra les supporter, 45 à 48° et même 50 à 55°, seront administrées. La canule devra être petite ; une canule pour lavage de l'urèthre chez l'homme est commode ; ces injections doivent être de longue durée afin que la vaso-constriction puisse bien s'établir ; dans le cas contraire, au lieu de supprimer l'hémorragie, elles ne feraient que l'entretenir. Le médecin fera attention au retour du liquide afin de ne pas distendre outre mesure le vagin. La pression sera faible, une trop grande hauteur d'eau donnerait un jet frappant très fortement le col de l'utérus et produirait sur cet organe une action excitante.

Mieux vaudra, pour ces injections, se servir simplement d'eau bouillie que d'y faire dissoudre des substances antiseptiques dont la rétention, dans un vagin à peu près clos, peut amener des phénomènes d'empoisonnement.

Aux injections au sublimé seront préférées celles moins dangereuses au permanganate de potasse à dose très faible, 1 p. 4.000, par exemple, et mieux encore celles entrées actuellement tout à fait dans la pratique avec l'adrénaline et l'eau oxygénée (très hémostatiques).

Le professeur Reclus (*Journal des Praticiens*, 5 mai 1906), déclare obtenir de meilleurs résultats par les lavements que par les injections d'eau chaude. « Prétendre impressionner l'utérus et ses annexes par une injection vaginale est ce que j'appelle une erreur anatomique. Dans une injection vaginale, l'eau chaude atteint le col utérin seulement, et son action est nulle en dehors de la question de la propreté. Dans le lavement, au contraire, le liquide s'accumule dans l'ampoule rectale et n'est séparé de la matrice, des trompes, des ovaires et des vaisseaux qui les irriguent que par l'épaisseur virtuelle du cul-de-sac de Douglas... » L'eau chaude doit rester une demi-heure dans l'ampoule.

Si ces injections et ces lavements ne suffisent pas à faire disparaître l'inflammation, on détruira la muqueuse par des caustiques. Ce traitement par *cautérisation* est très dangereux, aussi faut-il être très prudent, car si l'action caustique dépasse la muqueuse et atteint plus profondément la musculature utérine, il peut se produire du tissu cicatriciel qui amènera le rétrécissement, l'oblitération de la cavité utérine, ce qui peut avoir des conséquences fâcheuses pendant la période d'activité de l'organe.

Les caustiques employés seront le nitrate d'argent à 1/50 ou le chlorure de zinc à 1/20. Si ce procédé ne donne aucun résultat, on a recours, depuis Récamier, au *curettage*, qui

consiste à abraser à la curette la muqueuse utérine altérée en conservant les culs-de-sac glandulaires destinés à régénérer la membrane. Cette opération doit être faite avec une asepsie et une antisepsie parfaites. Le professeur Laroyenne, qui la recommande dans les métrorragies des vierges consécutives à des granulations ou à des fongosités, commence par dilater la cavité utérine par des bougies de Hégar n° 21 ou 24 seulement. Après l'opération qu'il pratique avec la petite curette de Sims, il touche la cavité avec du coton imbibé de chlorure de zinc et eau parties égales. Il proscrit toute autre cautérisation qui pourrait déterminer une atrésie relativement facile à se produire chez les jeunes filles.

Si les métrorragies sont de cause mécanique (déviations utérines par exemple), on essaie le redressement manuel de l'organe par les *diverses manœuvres de la méthode Brandt-Stapffer*. Si on ne réussit pas, on fait des « sacrifices », dit Dalché, on perfore l'hymen, on introduit la main dans le vagin, on corrige la déviation et on maintient la réduction avec un pessaire, celui de Hodge en général.

Pour faciliter cette correction, la malade se met soit dans le décubitus dorsal, soit mieux encore en position genu-pectorale. Si on arrive facilement parfois au but que l'on se propose d'atteindre, parfois aussi on ne peut obtenir de résultat. L'intervention chirurgicale est alors nécessaire ; si les métrorragies ne s'arrêtent pas, on fera soit *l'opération d'Alquié-Alexander* (raccourcissement des ligaments ronds après avoir amené le fond de l'utérus au niveau de la région sus-pubienne), soit la *vagino-fixation de Dührssen, heureusement modifiée par Richelot* (le fond de l'organe reste libre, ce qui ne compromet pas les grossesses ou les accouchements à venir).

La tentative de réduction peut aussi être faite avec l'hystéromètre (Hart et Barboux).

Dans l'ovarite scléro-kystique, l'*opothérapie* a été essayée par Jacobs et par Jayle : on n'emploie plus les injections sous-cutanées d'ovarine. On prescrit de préférence l'ovarine à l'intérieur, sous forme de cachets de poudre d'ovaires, et d'habitude deux ou trois cachets par jour contenant chacun 0 gr. 20 d'extrait sec en poudre. Les résultats qu'elle donne ne sont pas suffisants pour empêcher une intervention chirurgicale.

Nous pensons qu'il est bon, vu l'âge de nos malades, de tenter des *opérations conservatrices* (ignipuncture, résection ovarienne) avant d'en arriver à la castration. Pozzi, qui a préconisé ces opérations conservatrices, déclare avoir obtenu d'excellents résultats. Tous les auteurs ne sont pas de son avis, et Routier critique la résection ovarienne. « Je suis tout à fait d'avis, dit-il, qu'il ne faut se décider à pratiquer une castration qu'après y avoir bien réfléchi, mais quand les raisons en faveur de l'intervention l'emportent, mieux vaut agir radicalement je crois. Que laisse-t-on du reste dans une résection d'ovaire scléro-kystique, sinon un moignon d'organe atteint de la maladie qui a provoqué la résection. »

Les polypes sous-muqueux et petits nodules fibromateux de la cavité utérine seront enlevés soit avec la curette, soit avec les pinces à morcellement. Les utérus fibromateux nécessiteront une *hystérectomie vaginale, opération à laquelle il faudra se résoudre quand les moyens précédemment employés auront donné des résultats insuffisants* (1).

---

(1) Nous n'avons fait qu'indiquer les principales interventions chirurgicales que peuvent nécessiter les métrorragies incoercibles. On lira dans les auteurs classiques la description des divers temps de ces opérations.

CONCLUSIONS

1° Les hémorragies utérines chez les jeunes filles vierges sont relativement fréquentes.

2° Elles surviennent sous la forme de ménorragies ou de métrorragies.

3° Leur pathogénie est des plus complexes. Elles ont pour cause tantôt une maladie organique ou une intoxication, tantôt une diathèse. L'origine locale, de nature inflammatoire ou mécanique, n'est pas rare non plus.

4° Le traitement varie avec ces causes : il peut être général ou local.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 juillet 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 22 juillet 1907
Le Doyen.
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dr Blanc. — Loire Médicale, décembre 1896.

Latour. — Thèse de Lyon, 1896.

Bouton. — Thèse de Paris, 1887.

Villate de Peufeillhoux. — Thèse de Paris, 1895.

Pr Laroyenne. — Lyon Médical, 1896.

Bécigneul. — Tribune Médicale, février 1997.

Bennett. — Traité des infections de l'utérus et des annexes (traduction Peter. Paris, 1861).

Castan. — Thèse de Paris, 1898.

— Métrorragies des jeunes filles. Journal de Clinique et de Thérapeutique infantile, 25 juillet 1898.

Bouilly. — La Gynécologie, 1899.

— Semaine Gynécologigue, 1897.

Dalché. — Gazette Médicale de Paris, 1885.

— Métrite utérine chez une vierge. Gaz. Méd. de Paris. 1888.

— Métrorragie dans les maladies du foie. Bul. et Mém. de la Société méd. des Hôp. de Paris, 1897.

— Métrorragie dans les maladies du cœur. Bul. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1899.

— Gaz. Méd. des Hôpitaux, 1906, 3 et 10 juillet.

— Aménorrhée accidentelle et congestion utérine. Journal de Médecine interne. Paris, 1904.

Philippot. — Thèse de Lille, 1899.

Gueller. — Thèse de Paris, 1902.

Landry. — Thèse de Paris, 1902.

Barraud. — Thèse de Bordeaux, 1903.

Erlanger. — Thèse de Paris, 1902.

Bachelier. — Thèse de Paris, 1899.

CROS. — Thèse de Montpellier, 1906.
ARTUS. — Thèse de Montpellier, 1902.
VIGOUROUX. — Thèse de Montpellier, 1903
CHÉRON. — Des Hémorragies utér. qui surviennent en dehors de l'accouchement. Rev. méd.-chir. des maladies des femmes. Paris, 1880.
DE SINETY. — Manuel de Gynécologie. Paris, 1879.
DOLÉRIS. — Des métrites et fausses métrites, 1902.
— Pathog. et traitement des flexions utérines. Gaz. des Hôp., 1888.
— De l'Endométrite et des traitements. Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1887.
— Troubles inflammatoires de l'utérus. Arch. d'Obs. et Gyn. Paris, 1893.
RAINERI. — Giorn. di gin. et ped., 1901, n° 2.
PINNE PITOR. — Id., 1902, n° 3.
LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de Gynéc.
TILLAUX. — Chirurgie clinique.
FORGUE. — Précis de Pathologie externe.
DE ROUVILLE — Consult. de Gynécologie.
JACOBS. — Path. ovarienne. Semaine gynécologique, 1897.
POZZI. — Traité de Gynécologie.
HEPP. — Thèse Paris, 1899.
DUPUY. — Thèse Paris, 1892.
VERIN. — Thèse Paris, 1894.
SWOTALSKY. — Métrorragie intarissable. Centr. für Gyn. Août 1895.
TRÉPAUT. — Métrite et diathèses. Arch. de Toc. et Gyn., 1895.
SCHULTZE. — Traité des déviations utérines.
STAPFFER. — Traité de kinésithérapie gynécologique.
SCANZONI. — De la métrorragie chronique.
GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies de femme, 1879.
SCHRÖDER. — Maladie des organes génitaux de la femme. Bruxelles, 1886.
PICHEVIN. — Traitement chirurgical de l'endométrite chronique. Gaz. des Hôpitaux. Paris, 1890.
— Rétrodéviations utérines et pessaire. Semaine Gynéc., Paris, 1905.

TERRILLON. — Des Hémorragies utérines et leur traitement. Bulletin général de Thérapeutique. Paris, 1890.

CONINGT. — Étude des coudures utérines. Bordeaux, 1907.

PLATON. — De la valeur de l'eau oxygénée dans les hémorragies utérines. Sem. Gyn. Paris, 1900.

DAUTHEZ. — Contribution à l'étude de la métrite hémorragique dite essentielle. Paris, 1900.

ZIMMERN. — Étude physiologique sur l'action de l'électricité dans le traitement des hémorragies utérines. Gyn. Paris, 1901.

SIREDEY. — Semaine Médicale, 25 février 1900.

CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUD. — Traité de Médecine, tomes III et VI.

JOUKOVSKY. — Métrorragies des nouveau-nés. Wratch. Gaz., n° 32.

PAPILLON. — XIII° Congrès international de Médecine. Paris, 1900.

FILLIOUX. — Hémorr. dans les maladies des reins. Th. Paris, 1900.

FEUILLADE. — Hémorr. palustres. Th. Paris, 1884.

RICHELOT. — Pseudo-métrites des arthritiques nerveuses. Ann. Gyn. et Obst. Paris, 1896.

— La Sclérose utérine et la vraie métrite. Sem. Gyn. 1899.

RICHELOT et BACROZZI. — Congestion et sclérose de l'utérus. La Gyn. 1901.

SCHMITT. — Thèse Paris, 1896.

BERNHEIM. — Tuberc. primitive des organes génitaux de la femme. XII° Congrès international de Médecine. Paris, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !